FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 mars 1863.

PAR

JUAN-BAUTISTA DE LANDETA

Né à la Havane (île de Cuba).

DOCTEUR EN MÉDECINE

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS
(SAINT-LOUIS, 1860-1861.—HOTEL-DIEU, 1862-1863.)
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRATIQUE,
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

RÉFLEXIONS

SUR

QUELQUES TUMEURS SUBLINGUALES

PARIS
IMPRIMERIE BONAVENTURE ET DUCESSOIS
55, QUAI DES AUGUSTINS, 55

1863

N° 40

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 11 mars 1863.

PAR

JUAN-BAUTISTA DE LANDETA

Né à la Havane (île de Cuba).

DOCTEUR EN MÉDECINE

ANCIEN INTERNE EN MÉDECINE ET EN CHIRURGIE DES HOPITAUX DE PARIS
(SAINT-LOUIS, 1860-1861.—HOTEL-DIEU, 1862-1863.)
ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE PRATIQUE,
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION.

RÉFLEXIONS

SUR

QUELQUES TUMEURS SUBLINGUALES



PARIS
IMPRIMERIE BONAVENTURE ET DUCESSOIS
55, QUAI DES AUGUSTINS, 55

1863

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. RAYER.

Professeurs :	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine comparée	RAYER.
Histologie	ROBIN.
Pathologie médicale	N. GUILLOT. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	......
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le baron PAUL DUBOIS.—*Professeur honoraire*, M. CLOQUET.

Agrégés en exercice :

MM. AXENFELD.	MM. DUCHAUSSOY.	MM. LABOULBÈNE.	MM. RÉVEIL.
BAILLON.	EMPIS.	LIÉGEOIS.	SÉE.
BAUCHET.	FANO.	LORAIN.	TARNIER.
BLOT.	FOUCHER.	LUTZ.	TRÉLAT.
CHARCOT.	GUILLEMIN.	MARCÉ.	VULPIAN.
CHAUFFARD.	HÉRARD.	PARROT.	
DOLBEAU.	HOUEL.	POTAIN.	

Agrégés libres chargés de cours supplémentaires :

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies syphilitiques	VERNEUIL.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— d'ophtalmologie	FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Agrégés stagiaires :

MM.

Examinateurs de la thèse :

MM. GRISOLLE, *président*; PIORRY, BAUCHET, PARROT.

M. BOURBON, *secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MIS QUERIDOS PADRES

Débil tributo de cariño, de gratitud y de veneracion.

A MIS QUERIDOS AMIGOS

Pedro de la CALLE y Luis HIMELY

A mes maîtres bien-aimés

M. GRISOLLE,

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU ET DU LYCÉE IMPÉRIAL NAPOLÉON,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET DU CONSEIL DE SURVEILLANCE
DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, ETC., ETC.

(INTERNAT 1863)

M. MARTIN-MAGRON,

Dès le début de mes études médicales, je n'ai cessé de recevoir de vous, chers maîtres, des preuves d'estime et d'affection. Instruction, appui, conseils bienveillants, amitié sincère, vous m'avez tout prodigué.

Je suis heureux de vous témoigner ici publiquement une reconnaissance éternelle et un dévouement sans bornes.

A mes maîtres dans les hôpitaux

M. LAUGIER,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'HOTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

(EXTERNAT 1859)

M. DEVERGIE,

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS, MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(INTERNAT 1860)

M. DENONVILLIERS,

INSPECTEUR GÉNÉRAL DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
POUR L'ORDRE DE LA MÉDECINE, PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE L'ACADÉMIE
DE MÉDECINE, OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

(INTERNAT 1860)

M. RICHET,

AGRÉGÉ LIBRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ, MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

(INTERNAT 1861)

Hommage de reconnaissance de l'élève et du malade.

A mon excellent maître

M. VIGLA,

MÉDECIN DE L'HOTEL-DIEU, AGRÉGÉ LIBRE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN DU LYCÉE IMPÉRIAL LOUIS-LE-GRAND,
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

(INTERNAT 1862)

Témoignage de haute estime et de considération.

A mes maîtres et amis

M. LE DOCTEUR LIÉGEOIS,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. LE DOCTEUR VERNEUIL,

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LOURCINE, PROFESSSEUR AGRÉGÉ,
CHARGÉ DU COURS DE SYPHILIS
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

M. LE DOCTEUR DOLBEAU,

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS, PROFESSEUR AGRÉGÉ
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

A mes bons amis et excellents collègues

ALPH. DUBRUEIL ET GUST. NIVERT.

RÉFLEXIONS

SUR

QUELQUES TUMEURS SUBLINGUALES

Le titre même de cette thèse indique le cadre assez limité dans lequel nous comptons nous enfermer. Entreprendre actuellement, même dans une thèse inaugurale, l'étude complète des différentes tumeurs de la région sublinguale, serait une tâche fort au-dessus de nos forces. Pressé par le temps, manquant de l'expérience nécessaire pour aborder un pareil travail, notre but a été plus modeste.

Favorisé par le hasard, qui nous a fait observer, pendant notre internat, quelques faits de tumeurs sublinguales dont l'existence, parfaitement connue par nos maîtres les plus expérimentés, est cependant assez rarement constatée pour que leur oubli momentané donne lieu à des erreurs, nous avons cru de quelque utilité de les livrer à la publicité.

Frappé de la cause constante d'erreur dans la détermination générique de ces tumeurs, toujours confondues sous le nom de grenouillettes avec les tumeurs liquides qui portent ce nom, nous nous sommes demandé si de l'étude de ces observations on pourrait tirer quelques caractères capables de servir de base à une distinction clinique, sinon toujours, du moins dans la généralité des faits. Mais pour arriver à ce résultat, les éléments sur lesquels nous comptions personnellement étaient trop peu nombreux.

Nous avons donc recherché dans les différents auteurs la relation de faits semblables; ceux-ci ne nous ont pas manqué. C'est en formant avec les uns et les autres un certain nombre de chapitres, résultat de leur étude simultanée, que nous avons composé la plus grande partie de cette thèse.

Cette partie un peu nouvelle de notre travail a trait aux kystes dermoïdes et aux lipômes de la région sublinguale.

Quant aux autres tumeurs, nous glisserons rapidement sur leur histoire. Quelques indications générales sur les vraies grenouillettes, et un extrait du *Mémoire de M. Dolbeau* sur les tumeurs sanguines du plancher buccal compléteront notre thèse, dans laquelle on trouvera également deux observations de grenouillettes traitées par l'injection iodée, un cas de récidive et un fait dans lequel nous avons observé, à la suite de l'injection iodée, un accident assez inquiétant et assez rare pour qu'il nous ait paru devoir être rapporté.

Avoir attiré l'attention sur un certain nombre de tumeurs du plancher de la bouche aujourd'hui oubliées par le plus grand nombre des auteurs classiques, essayer d'en montrer les points saillants, et fournir quelques matériaux qui, repris plus tard par des mains plus habiles et plus autorisées, pourront compléter ce chapitre des tumeurs du plancher de la bouche encore assez incomplet, tel a été mon but. S'il n'est pas atteint, le lecteur voudra bien pardonner à mon inexpérience.

Si dans les observations qui me sont personnelles, j'ai signalé quelques erreurs de diagnostic, peu importantes du reste, faites par mes maîtres, personne cependant ne se méprendra sur le sens de mes intentions envers eux, à qui je dois toute mon instruction chirurgicale et que je suis heureux de remercier ici publiquement.

Les tumeurs de la région sublinguale sont assez nombreuses, ainsi que l'a démontré M. Bertherand dans sa thèse inaugurale soutenue en 1845 à la faculté de Strasbourg. Sans parler de celles qui, déve-

loppées dans les organes avoisinants, envahissent et viennent occuper plus tard la région, toutes les parties constituantes de celle-ci peuvent donner lieu à des tumeurs. Constituée par une muqueuse, recouvrant un certain nombre de vaisseaux, par une couche de tissu cellulaire sur lequel glisse cette membrane abondamment pourvue de glandes de volume variable, et enfin par un plancher musculaire assez résistant, cette région est assez riche en productions pathologiques. On y a observé des abcès, des tumeurs cancéreuses, affections communes aux différentes régions de l'économie; des végétations plus ou moins volumineuses. Mais, à côté de ces tumeurs, il en est quelques-unes qui présentent un cachet spécial; de ce nombre sont les tumeurs liquides appelées grenouillettes, tumeurs dont le siége anatomique a de tout temps donné lieu à des contestations et que l'on tend à considérer de nos jours comme des kystes folliculaires nés aux dépens des *acini* glandulaires. Telle est la fréquence de cette variété de tumeurs du plancher buccal, que l'apparition, assez rare il est vrai, d'autres tumeurs de nature différente semble passer inaperçue pour les chirurgiens : telles sont les tumeurs sanguines, les kystes dermoïdes et les lipômes de cette région.

Laissant un peu à l'écart ce côté de la question, nous voyons les auteurs, depuis Louis et l'Académie de chirurgie, s'occuper exclusivement de la grenouillette. Tout y est discuté ; le siége, la nature et surtout le traitement de cette affection ; un seul côté est négligé, le diagnostic différentiel. Un grand nombre de thèses de la faculté de Paris sont consacrées à la même étude, et chacun y apporte de nouveaux matériaux. Nous ferons cependant une exception pour la thèse de M. Perroud, interne des hôpitaux de Lyon (1858), qui renferme quelques indications au sujet des tumeurs sublinguales. Enfin M. le docteur Lelièvre, dans sa thèse sur la grenouillette, en 1861, rapporte le fait observé par M. Richet, sans aucun détail.

Cependant les recherches auxquelles nous nous sommes livré nous ont démontré l'existence d'un certain nombre de faits qu'il n'était pas bien difficile de trouver.

Pierre de Marchettis, en effet, publiait en 1670, parmi ses nombreuses observations, un fait de méliceris sublingual qui n'est autre que ce que nous appelons aujourd'hui un kyste dermoïde.

Jourdain, en 1778, dans son *Traité des maladies de la bouche* (t. II p. 558) publie à l'article *Grenouillette* deux observations empruntées par lui au *Dictionnaire raisonné d'Anat.* (t. Ier p. 620). La seconde observation n'étant pas assez clairement racontée nous l'éliminerons; on trouvera plus loin la première sous le n° VII.

Girard dans sa *Lupiologie*, en 1775, aurait attiré l'attention sur la différence existant entre la grenouillette et les loupes de la région sublinguale.

Benjamin Bell, en 1796, dans ses maladies chirurgicales, traduction de Bosquillon, t. IV, p. 193, parle des loupes du plancher buccal.

M. Bertherand, dans sa thèse inaugurale à la faculté de Strasbourg, en 1845, sur les tumeurs sublinguales, rapporte des faits appartenant à Sicherer, Syme, Rigaud de Strasbourg.

On trouve dans les leçons orales de clinique chirurgicale de Dupuytren, publiées en 1833, une observation détaillée de lipôme sublingual. Cette observation semble oubliée; car, en 1856, M. Cruveilhier rapporte, comme un fait unique à sa connaissance, un lipôme sous-lingual observé par Marjolin.

En 1857, M. Dolbeau publie un travail sur une nouvelle variété de tumeur sublinguale ; il lui conserve le nom de grenouillette qu'il appelle sanguine. Le premier fait rapporté dans son travail avait été observé en 1853, et l'année suivante MM. Bauchet et Dolbeau présentaient chacun un fait nouveau à la société anatomique.

En 1857 et 1858, deux nouveaux faits de kystes dermoïdes sont publiés dans la *Gazette hebdomadaire* qui les emprunte à la *Gazette autrichienne :* ces faits appartiennent à M. Linhart de Wursbourg.

Le dernier fascicule du *Compendium de Chirurgie*, publié en 1862, rapporte à l'article « Tumeurs diverses du plancher de la bouche » (t. III, p. 731), quelques notes sur les kystes dermoïdes, et un résumé de l'observation du malade, qui était entré chez notre maître, le Pro-

fesseur Denonvilliers, à la fin de l'année 1860. Quant aux lipômes de cette région, ils n'y existaient pas.

On trouvera plus loin :

1° Une observation de kyste dermoïde chez un enfant à la mamelle; celle-ci a été recueillie par nous pendant notre internat chez M. le docteur Richet ;

2° Une observation de lipôme sublingual enlevé par M. Dolbeau qui remplaçait alors M. Richet. Celle-ci nous appartient également ;

3° L'observation du kyste dermoïde que nous avons vu en 1860, étant interne chez M. le professeur Denonvilliers, je dois de la publier à l'obligeance de M. le docteur Verneuil qui a opéré le malade en 1861, pendant qu'il faisait le service à l'hôpital Saint-Louis.

Enfin, M. Cruveilhier fils a présenté, en 1862, à la Société anatomique, un kyste dermoïde sous-lingual.

Comme on le voit, le nombre des observations est encore assez considérable, et Charles Bell dit (*loc. cit.*) que le nombre des loupes est à celui des grenouillettes comme un est à vingt.

Dans cette étude historique, il y a deux points qui nous semblent à noter. La première circonstance, c'est que les auteurs classiques ne parlent que des grenouillettes, que pas un ne fait le diagnostic de cette affection, et si on s'en tenait à ces renseignements, on dirait qu'il est impossible de confondre la grenouillette avec aucune autre tumeur du plancher de la bouche. C'est là justement l'autre point qui a attiré notre attention; c'est que dans le plus grand nombre de cas, autant de tumeurs autres que la grenouillette, autant d'erreurs de diagnostic.

Depuis Pierre de Marchettis, les erreurs se succèdent, et cependant elles sont commises par des hommes d'une grande valeur; il me suffirait de citer deux autorités assurément incontestables : MM. Nélaton et Denonvilliers; mais cela tient, non pas à ce que ces éminents chirurgiens aient méconnu des signes palpables après avoir bien observé; cette idée ne viendra, je suppose, à personne, encore moins à l'auteur de cette thèse; la cause principale, unique dirai-je, c'est l'association

de ces deux idées, tumeur sublinguale molle et grenouillette (il est évident que jamais l'erreur n'aura lieu lorsqu'il s'agira d'un abcès phlegmoneux ou d'un cancer, par exemple, les caractères étant essentiellement différents), et comment cela serait-il autrement, lorsque rien ne fixe l'attention là-dessus, ni les livres classiques ni aucun mémoire, ni thèse à ce sujet? C'est à cause de cela que nous avons eu l'idée de grouper dans cette thèse ces différentes tumeurs et d'en essayer le diagnostic.

Cela posé, voici comment nous diviserons notre travail.

CHAPITRE I[er]. — *Grenouillettes.*
CHAPITRE II. — *Tumeurs sanguines.*
CHAPITRE III. — *Lipômes.*
CHAPITRE IV. — *Kystes dermoïdes.*

CHAPITRE PREMIER

Grenouillettes.

Nous nous empressons d'annoncer de nouveau qu'il n'entre pas du tout dans nos vues de faire une description détaillée de toutes les tumeurs du plancher buccal, et cette variété de tumeur étant complétement décrite dans nos auteurs classiques, nous ne ferons qu'esquisser en quelque sorte son histoire.

Quelle que soit l'idée que l'on se fasse sur le siége anatomique de cette tumeur, tous les auteurs sont d'accord pour donner le nom de grenouillette à une tumeur liquide, fluctuante, en général transparente, siégeant tantôt d'un seul côté, tantôt à droite et à gauche du frein de la langue.

Sans entrer ici dans l'étude des différentes phases par lesquelles a

passé la discussion du siége de la grenouillette, nous dirons qu'un grand nombre de chirurgiens et de micrographes penchent pour l'opinion qui consiste à la considérer comme le développement pathologique d'un *acini* glandulaire ou la dilatation d'un canal excréteur. D'autres, en petit nombre, soutiennent l'idée d'un kyste extraglandulaire siégeant tantôt dans la bourse muqueuse de Fleischmann, tantôt dans le tissu cellulaire. Enfin un certain nombre d'auteurs, plus prudents ou moins exclusifs, adoptent l'une et l'autre de ces deux manières de voir, ainsi qu'on peut le voir dans le tableau suivant :

GRENOUILLETTES

KYSTES GLANDULAIRES.	Par dilatation des canaux excréteurs. Par dilatation des acini.
KYSTES CELLULAIRES. .	Grenouillette de Fleischmann. Kyste du tissu cellulaire sans communication. — communiquant avec un conduit salivaire déchiré.

Au point de vue de la marche, on a observé deux variétés de grenouillettes : l'une ayant un développement assez lent, que l'on pourrait nommer chronique, seulement par opposition à l'autre variété dans laquelle la tumeur se développe en quelques jours, en quelques heures même : de là le nom de grenouillette aiguë qui leur a été donné par mon honorable maître, M. le professeur Laugier, et par Marjolin.

Nous ne dirons rien ici des symptômes et du diagnostic de la grenouillette; nous nous en occuperons plus tard, après avoir étudié les différentes tumeurs confondues sous ce nom.

Structure. — L'examen microscopique des grenouillettes donnerait les résultats suivants :

Elles seraient constituées par une membrane composée de deux feuillets : 1° un feuillet externe, mince, rosé, contenant un réseau vasculaire très-riche; 2° une couche épithéliale, à cellules pavimenteuses,

présentant ce caractère remarquable que leur forme polygonale est altérée, et que les cellules sont plutôt cylindriques. Quant au liquide, il aurait tantôt les caractères de la salive, ceux-ci n'existeraient pas dans d'autres circonstances.

Traitement. — Nous serons aussi très-bref sur le traitement qui convient le mieux dans la grenouillette. Nous nous contenterons d'exposer les principaux procédés :

1° La ponction simple est rejetée par la plupart des chirurgiens comme étant suivie le plus souvent de récidives.

2° La ponction avec lavage de la poche à l'eau tiède, suivie de l'injection caustique, teinture d'iode, alcool, solution de nitrate d'argent. Cette méthode a donné un certain nombre de guérisons; les récidives sont plus rares que dans la méthode précédente, cependant elles sont assez fréquentes pour que chaque chirurgien en ait pu constater, surtout après l'injection iodée. Dans cette méthode, on se propose de modifier le mode de vitalité de la membrane kystique en en produisant l'inflammation ;

3° L'excision a pour but d'établir une sorte de fistule et d'empêcher aussi l'accolement des parois du kyste et l'accumulation du liquide dans son intérieur ; elle aurait donné lieu à des récidives ;

4° L'excision d'une portion de la paroi kystique, avec adossemen de la muqueuse buccale et de la membrane du kyste, appelée *batracosioplastie* par son auteur M. le professeur Jobert de Lamballe, compte le plus grand nombre de succès. Quelques chirurgiens excisent la paroi du kyste et cautérisent énergiquement le fond pour produire la destruction de la poche ;

5° Enfin, dans ces derniers temps, M. Gosselin, dans le *Compendium de chirurgie*, combine l'excision à la cautérisation et décrit le procédé qui consiste : 1° à exciser une portion de la paroi, puis à cautériser la poche avec le nitrate d'argent; 2° lorsque la poche tend à se cicatriser, on désunit les lèvres de la plaie avec une sonde cannelée et on cautérise de nouveau; si les adhérences sont assez considérables à un

angle de la plaie, on incise sur la sonde cannelée, puis on cautérise de nouveau; des bourgeons charnus se développent, et il n'y a pas de récidive. Cette méthode compte quatre succès et pas de récidive.

Observation Ire.—*Grenouillette apparente pour la malade depuis quinze jours. Injection iodée suivie de récidive.*

Madame X..., âgée de 30 ans, s'est aperçue depuis quinze jours de l'existence d'une tumeur sublinguale fort gênante, pour laquelle elle vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, dans les derniers jours du mois d'août 1861.

La malade entre dans le service de M. Richet, alors remplacé par M. Dolbeau. Voici en quelques mots le résultat de l'examen de la malade :

Au-dessous de la langue légèrement soulevée, on aperçoit une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, d'une grande transparence, qui laisse apercevoir les veinules de la muqueuse; elle est d'une couleur bleuâtre, tendue, donnant une résistance élastique au doigt et une fluctuation manifeste : elle n'augmente pas pendant le repas. On voit à son sommet l'ouverture des conduits de Warthon par lesquels s'écoule de la salive, sans diminution de la tumeur quand on presse fortement. Il s'agit là évidemment d'une grenouillette.

Le 3 septembre, M. Dolbeau fait une injection iodée, après avoir vidé la poche à grand'peine, à cause du liquide visqueux qu'elle contient, et avoir poussé une injection d'eau. La malade reste à l'hôpital jusqu'au 6, sans qu'il se soit produit aucun accident; la tumeur ne se reproduit pas et la poche est enflammée. On l'engage à revenir nous voir.

Le 20 septembre, la malade se présente de nouveau à la consultation. Sa tumeur a reparu, mais elle ne veut pas se soumettre à une nouvelle opération.

Observation II. — *Grenouillette, datant de quelques jours, traitée par l'injection iodée, paralysie du goût et du sentiment d'une moitié de la langue, névralgie faciale.*

Madame X..., âgée de 38 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis le 11 septembre 1861; elle est couchée au n° 72 de la salle Sainte-Marthe.

Elle présente une grenouillette du volume d'une noix sur la partie latérale droite du plancher buccal; sa tumeur existerait, d'après la malade, depuis quelques jours seulement. Elle est fort gênante pour madame X..., qui parle difficilement; de plus la mastication s'exécute difficilement.

Le lendemain, elle est opérée par M. Dolbeau qui emploie l'injection iodée, après avoir lavé la poche comme dans le cas précédent.

L'injection fait beaucoup souffrir la malade, fort indocile du reste pendant l'opération.

Elle nous raconte à la visite du soir avoir beaucoup souffert dans la journée, non-seulement au niveau de sa tumeur, mais aussi dans tout le côté droit de la face. La douleur s'étend en partant de la poche, dans la face, l'oreille et la tempe droites de la malade; de plus, elle éprouve une constriction très-forte à la gorge. Quatre jours après, les symptômes inflammatoires du côté de la poche diminuent, les douleurs névralgiques cessent; mais, à ce moment, la malade attire notre attention sur un phénomène assez insolite et qui nous a paru intéressant à noter. Elle s'est aperçue, surtout en buvant, qu'elle ne sent plus du tout du côté droit de la langue.

Afin de nous convaincre de la véracité du récit de la malade, nous avons exploré la sensibilité tactile et gustative de la pointe de la langue. Voici les résultats de nos expériences :

1° Si l'on pique la pointe et le bord de la langue du côté droit, après avoir eu soin de fermer les yeux à la malade, elle ne sent nul-

lement la piqûre: phénomène qui est parfaitement perçu, si l'on répète l'expérience de l'autre côté;

2° Nous avons appliqué un peu de sel en poudre à cet endroit, et la malade ne s'apercevait pas de l'existence de cette poudre assez grossière sur sa langue. De plus, elle n'éprouvait pas de goût salé. La contre-expérience faite du côté opposé y démontrait l'intégrité de la sensibilité tactile et gustative.

Les fonctions du nerf lingual étaient évidemment lésées. Quelle en était la cause? Nous avons supposé que l'inflammation et l'engorgement consécutif des tissus voisins avaient comprimé l'extrémité de ce nerf au moment où il se divise en nombreux rameaux qui vont à la muqueuse.

La malade demande à quitter l'hôpital sept jours après l'opération, et revient à la consultation trois jours après, conservant encore sa paralysie de la langue et ses douleurs à la gorge. La grenouillette ne s'est pas reproduite jusqu'alors.

CHAPITRE II

Tumeurs sanguinés.

L'étude de ces sortes de tumeurs ne nous aurait pas occupé en tant que tumeurs érectiles, mais donnant lieu parfois à la formation de kystes plus ou moins considérables, présentant de la fluctuation, une couleur bleuâtre, un aspect arrondi, un grand nombre des caractères de la grenonillette en un mot; elles rentrent dans notre cadre.

Chacun sait comment M. Dolbeau, qui les a décrites dans un mémoire sous le nom de grenouillette sanguine, fut amené à faire des recherches à ce sujet. Il était attaché, en qualité d'interne, au service

de M. Nélaton, en 1853, lorsque l'éminent professeur avait dans ses salles une malade présentant dans le plancher de la bouche des tumeurs érectiles et une petite tumeur bleuâtre, fluctuante, ayant les caractères de la grenouillette. M. Nélaton crut à une coïncidence des deux affections et ponctionna la tumeur; une hémorrhagie s'en suivit, puis une phlébite et enfin la malade mourut d'infection purulente. M. Dolbeau se mit à la recherche de faits semblables et parvint à trouver un fait de M. Bauchet, dans les *Bulletins de la Société anatomique* pour l'année 1854. Dans ce fait, il y avait eu aussi la même erreur de diagnostic.

M. Dolbeau publia un travail en 1857, il avait observé trois faits nouveaux qui, réunis aux précédents, constituent cinq observations consignées dans son mémoire. Les différents auteurs, consultés par lui à ce sujet, ne lui fournirent aucun fait nouveau.

Voici les conclusions du travail de M. Dolbeau :

1° Il existe à la base de la langue, sur le plancher de la bouche, des tumeurs sanguines occupant le siége des grenouillettes ordinaires;

2° Ces tumeurs sanguines, qu'on pourrait appeler grenouillettes sanguines, sont formées aux dépens des tumeurs érectiles veineuses, et cela de trois manières différentes :

a. Rupture ou ulcération de la paroi veineuse et épanchement de sang dans les tissus ;

b. Oblitération des veines dans certains points, destruction des parois contiguës dans les portions restées libres, d'où formation d'une cavité ;

c. Dilatation simple et totale d'une veine, ou bien dilatation latérale du même vaisseau ;

3° La grenouillette sanguine est congénitale, sa cause est inconnue comme celle de toutes les tumeurs vasculaires érectiles. Ses caractères sont d'être violacée, ordinairement réductible, susceptible d'un changement de volume pendant les cris, les efforts ;

4° La marche de la grenouillette sanguine est lente. Cette tumeur

est très-susceptible de s'enflammer. Elle peut se transformer en un kyste séro-sanguin bien isolé;

5° Il ne faut pas toucher à la grenouillette sanguine. Lorsque le kyste est indépendant, on pourrait le traiter par l'incision. Si l'on voulait obtenir la guérison des grenouillettes sanguines, il n'y aurait que l'extirpation à employer. Le traitement doit donc être purement palliatif.

MM. les professeurs Denonvilliers et Gosselin diffèrent un peu d'opinion avec M. Dolbeau, au sujet du traitement. Lorsque le kyste est isolé du tissu érectile, ces messieurs conseillent alors leur traitement pour la grenouillette vulgaire : injection vineuse employée par M. Denonvilliers; excision suivie de cautérisation, procédé de M. Gosselin.

Nous avons donné ici un résumé très-incomplet du mémoire de M. Dolbeau, au point de vue des tumeurs érectiles ; mais notre intention a été surtout de donner les caractères de ces tumeurs, afin de nous en servir plus tard; de plus, ce résumé suffit de lui-même à l'appui du but que nous nous proposons depuis le début de ce travail : démontrer que l'on a confondu sous le nom de grenouillette des tumeurs de nature différente, et que ce vice de langage doit être réformé. On trouvera du reste dans le *Compendium de chirurgie*, t. III, page 730, un résumé analytique du travail de M. Dolbeau, suivi de quelques considérations au point de vue du traitement.

CHAPITRE III

Des lipômes.

Les lipômes de la région sublinguale ne semblent pas avoir attiré l'attention des observateurs, si l'on en juge par le silence que gardent

à ce sujet la plupart des livres classiques. Cette omission peut cepen-dant s'expliquer assez facilement, si l'on tient compte de la rareté même de ces tumeurs dans cette région.

Les adipômes sous-muqueux sont extrêmement rares, dit M. Cruveilhier (*Anat.-Pathol.*., t. III, p. 312), et il cite à se sujet une note qu'il doit au professeur Marjolin, d'un lipôme du plancher de la bouche pris pour une grenouillette par plusieurs chirurgiens. On trouvera plus loin cette note, p. 21.

Dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale* de Dupuytren (1833, t. III, p. 327), il est encore question d'un lipôme de la même région confondu également avec la grenouillette par quelques praticiens. Certains caractères de la tumeur firent soupçonner à Dupuytren qu'il s'agissait là d'autre chose que d'un kyste séreux. Il fit une ponction exploratrice, et un petit peloton adipeux vint faire hernie à travers la piqûre; dès lors le diagnostic était fait. (*V. observation IV.*)

Depuis cette époque, plusieurs traités de pathologie chirurgicale ont paru ; MM. Nélaton, Vidal et Follin n'en parlent pas.

Voici ce que nous trouvons dans le *Compendium de chirurgie*, à l'article « Tumeurs diverses » (*loc. cit.*) du plancher de la bouche :

« On a bien cité quelques exemples de lipômes développés dans l'épaisseur de la langue, au voisinage du plancher de la bouche, mais nous ne connaissons pas d'exemple de tumeur de ce genre, née et développée exclusivement dans cette dernière région. »

La relation de ces deux faits, et de plus, une observation que nous avons recueillie pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis chez une malade opérée par M. Dolbeau prouvent déjà suffisamment, croyons-nous, l'existence des lipômes dans cette région, et comme leur oubli peut être la cause d'une erreur de diagnostic, peu nuisible au malade il est vrai, nous nous empressons de les grouper en un chapitre à part, ne fût-ce que pour attirer l'attention sur cet élément nouveau, sur lequel on ne comptait pas dans le diagnostic des tumeurs sublinguales.

L'histoire de cette variété de tumeurs est d'une grande simplicité

tout l'intérêt qu'elles présentent a trait au diagnostic avec les autres tumeurs sublinguales sur lesquelles nous nous sommes étendu plus longuement.

Constater que leur structure est identique à celle des lipômes des iutres régions, ainsi que nous avons pu nous en convaincre par 'examen de la tumeur extirpée par M. Dolbeau, est un renseignenent suffisant pour que nous nous dispensions de faire à ce sujet 'anatomie pathologique des lipômes.

Les symptômes éprouvés par les malades n'ont présenté rien qui ious semble spécial à ces tumeurs, indolentes dans les deux cas où 'observation est détaillée ; elles produisent surtout des phénomènes le compression, troublant les fonctions de la langue, et les malades iennent alors réclamer les secours de l'art. Il en est de même de eur marche, remarquable par la lenteur avec laquelle celle-ci 'exécute.

Mais c'est leur diagnostic différentiel d'avec les autres variétés de imeurs sublinguales étudiées dans cette thèse qui doit nous arrêter. n pourra donc confondre les lipômes de la région sublinguale avec eux ordres de tumeurs : 1° avec la grenouillette ; 2° avec les kystes ermoïdes.

Dans le premier cas, malgré l'existence de certains caractères comiuns, tels que l'indolence, la lenteur de la marche, la fluctuation que on croit percevoir dans les deux cas ; malgré ces signes, disons-nous, s lipômes présentent quelques caractères qui leur sont propres. Dans cas de Dupuytren, ainsi qu'on le verra plus loin (*loc. cit.*), on ouvait remarquer que la portion buccale de la tumeur était trop eu développée, eu égard à la portion cervicale; dans la grenouillette, développement en cet endroit aurait pris des proportions plus randes; une autre réflexion donnée dans la clinique, c'est l'aspect lobé de la tumeur.

Dans notre observation, nous avons constaté deux caractères quifaiient rejeter d'emblée l'idée d'une grenouillette :

1° La tumeur était molle, elle donnait lieu à une fausse fluctua-

tion, bien différente de l'élasticité fournie par les tumeurs liquides;

2° La muqueuse buccale, loin de présenter la couleur bleuâtre caractéristique des grenouillettes, présentait au contraire une teinte jaunâtre assez prononcée.

S'il est encore facile de distinguer les lipômes de la grenouillette, lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic entre ces tumeurs et les kystes dermoïdes du plancher de la bouche, la difficulté est bien plus grande.

Dans les deux cas, on a affaire à des tumeurs indolentes, à marche très-lente, plus de fluctuation véritable, mais une fausse sensation de fluctuation commune aux deux.

Cependant la marche des kystes a ceci de remarquable qu'elle n'est pas progressivement croissante jusqu'à la fin; assez régulière d'abord, elle se précipite aussitôt qu'ils ont acquis un certain volume. Les kystes se développent surtout dans le plancher buccal, et ils ont ce caractère commun avec la grenouillette; nous avons vu le contraire arriver pour les lipômes. Mais un signe que nous aurions presque envie d'appeler pathognomonique des kystes, signe que l'on doit toujours rechercher et qui a été rencontré souvent, c'est la dépression produite par le doigt qui les presse, ce doigt ayant la sensation ressentie lorsqu'on presse sur la cire un peu molle. Jamais un lipôme ne donne cette sensation, jamais vous ne produisez l'empreinte caractéristique de la muqueuse, et, à la place, on sentira une mollesse simple élastique, fuyant devant le doigt, et peut-être, quoique ce signe n'ait pas encore été constaté dans les observations, on sentirait dans les cas de lipôme les bosselures que l'on observe dans ces tumeurs sur les autres régions du corps.

On ne connaît pas de causes spéciales au développement des lipômes dans cette région. La malade que nous avons observée à Saint-Louis semblerait en avoir eu deux à la même région, elle n'en présentait nulle part ailleurs, et son embonpoint n'avait rien de remarquable. Les deux malades étaient fort âgées.

Traitement. — Faut-il rappeler ici que les lipômes ne guérisent

que par l'extirpation? C'est ce qu'on a toujours fait dans les observations que nous donnons plus bas. Le manuel opératoire est d'une grande simplicité, vu le peu d'adhérences de la tumeur, sa facile énucléation et le petit nombre de vaisseaux. La tumeur enlevée, quelques boulettes de charpie au fond de la plaie jusqu'à la suppuration, et des lavages journaliers jusqu'à la cicatrisation de la plaie, tels sont les soins consécutifs. On n'a pas remarqué d'accidents sérieux.

Observation III.

Madame H..., âgée de 64 ans, d'une forte constitution, d'une bonne santé habituelle, n'accuse dans ses antécédents que des angines légères.

Elle vient consulter pour une tumeur de la région sublinguale, là où se développent les grenouillettes, et présentant à première vue l'aspect de cette variété de tumeurs.

Déjà, dit-elle, une tumeur semblable est venue au même endroit. M. Jobert de Lamballe, alors chirurgien à l'hôpital Saint-Louis, l'en débarrassa par une opération, il y a 14 ans. Cette tumeur était plus petite que celle que la malade porte actuellement, elle avait mis dix ans à se développer, depuis l'âge de 30 jusqu'à 40 ans. Elle n'avait pas donné lieu à des symptômes inquiétants, la parole seulement était un peu gênée. La malade trouve une explication plausible pour le développement de cette tumeur dans les angines répétées qu'elle avait à cette époque.

Quant à la tumeur qu'elle porte actuellement, voici ce qu'elle nous raconte. Il y a déjà plusieurs années qu'elle s'aperçoit de l'existence d'une nouvelle tumeur, mais celle-ci ne la gêna pas beaucoup, jusqu'à il y a deux mois. Depuis lors, bien qu'elle ne soit nullement volumineuse, elle gêne assez les mouvements de la langue, pour que la malade songe à s'en débarrasser. Elle éprouve une certaine difficulté à parler, et les mouvements de la langue pendant les repas sont également troublés.

Lorsqu'on examine la malade, la bouche étant fermée, on aperçoit une légère déformation de la région sus-hyoïdienne à la partie moyenne, on y voit une saillie arrondie. La pression dans cet endroit ne provoque pas de douleur.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche à la malade, on voit de suite le plancher buccal déformé par une saillie anormale existant du côté gauche. La muqueuse est légèrement soulevée par une tumeur peu saillante, légèrement arrondie vers le côté du frein de la langue, occupant toute la longueur du plancher buccal, depuis la branche de la mâchoire jusqu'à la portion adhérente de la langue.

On voit par transparence, à travers la muqueuse linguale, une couleur jaune assez prononcée, interrompue çà et là par la présence de vaisseaux peu développés. La muqueuse présente une surface lisse et unie sans bosselures d'aucune sorte.

Lorsqu'on prend cette tumeur entre les doigts, on éprouve une sensation de mollesse remarquable; on peut rapprocher les parois du kyste, et cet examen déjà fait écarter l'idée d'une tumeur liquide.

Lorsque nous eûmes constaté les caractères susénoncés avec M. Dolbeau, qui remplaçait alors M. Richet, l'idée d'un kyste dermoïde, analogue à celui que nous avions vu dans le service de M. le professeur Denonvilliers, nous vint en même temps, vu la rareté des lipômes de cette région, assez rares pour que leur description soit presque oubliée dans nos livres classiques, vu le récit de la malade qui nous racontait avoir eu déjà une semblable tumeur sur les caractères de laquelle elle ne nous fournissait aucun renseignement. M. Dolbeau, écartant, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'idée d'une grenouillette, se prépara à extirper la tumeur.

M. Dolbeau fait une incision courbe à la muqueuse suivant le grand axe de la tumeur, et, aussitôt cette membrane incisée, nous voyons au fond de la plaie une substance jaunâtre, molle, caractéristique des lipômes. La muqueuse est séparée de la tumeur par une coque celluleuse mince, peu adhérente; aussi cette production est facilement énuclée.

La surface de la plaie donne lieu à un écoulement sanguin peu abondant, et qui est facilement arrêté par l'application de quelques boulettes de charpie.

Cette tumeur a une forme irrégulière; légèrement aplatie vers son extrémité postérieure, elle est un peu renflée en avant et en dedans. Son volume est celui d'un petit œuf de poule. Elle est constituée par une trame celluleuse renfermant des lobules graisseux: c'est un lipôme type, ainsi que nous avons pu le constater en l'examinant au microscope. On y trouve des vésicules adipeuses entourées de fibres de tissu cellulaire.

Les résultats de cette opération ne présentent de remarquable à noter qu'une légère inflammation de la poche avec tuméfaction, et un petit abcès de la région sus-hyoïdienne. La malade quitte l'hôpital au bout d'une douzaine de jours complétement guérie.

Nous avons omis plus haut, pour ne pas interrompre la relation de l'observation, un renseignement que nous donna la malade lorsqu'elle vit sa tumeur enlevée et qui aurait été d'une grande importance avant l'opération. Elle nous assura que la tumeur enlevée par M. Jobert était semblable à celle-là.

Que conclure de ce renseignement? La malade a-t-elle eu deux lipômes se développant successivement? La seconde tumeur serait-elle due au développement d'une portion de la tumeur ancienne? La première hypothèse nous semble la plus probable.

L'observation de ce fait nous donna l'idée de faire des recherches à ce sujet, dans le but de réunir dans un chapitre toutes les observations connues de lipômes de la région sublinguale, faisant pour la grenouillette graisseuse ce que M. Dolbeau avait fait, en 1857, avec plus d'autorité que nous, pour la grenouillette sanguine.

Observation IV.

Dans les *Leçons orales de clinique chirurgicale* de Dupuytren (1833, t. III, p. 327), nous trouvons à la suite des observations de grenouillette, et dans le même chapitre, sous le titre *Observation VII*, le fait suivant :

Une femme de 69 ans, lingère, est reçue dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Depuis quatre mois, elle avait éprouvé les accidents suivants. Une tumeur tout à fait indolente s'était manifestée au-dessous et à gauche de la pointe de la langue ; peu à peu, elle avait repoussé cet organe par son développement. Enfin elle avait franchi le plancher de la bouche et était venue faire saillie à la partie supérieure et latérale gauche du cou. Plusieurs médecins avaient été consultés et avaient prononcé que la malade portait une grenouillette. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, quatre mois après l'apparition de la maladie, la langue était fortement soulevée et repoussée à droite par une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon, indolente, présentant de la mollesse et une fluctuation assez évidente.

Elle se prolongeait en traversant le plancher musculeux de la bouche jusqu'à la partie supérieure du cou. Là, elle se renflait de nouveau et formait une nouvelle tumeur du volume d'une pomme ordinaire. Indolente comme la première, celle-ci offrait aussi une apparence de fluctuation. Du reste, l'état général de la malade était assez bon ; seulement on remarquait chez elle une grande irritabilité physique et morale.

Le mode d'origine de la tumeur, sa forme, sa consistance pouvaient en imposer sur sa véritable nature. On pouvait avoir affaire, soit à une grenouillette, soit à un lipôme. Afin de lever toute espèce de doute, M. Dupuytren fit, avec un bistouri droit, une ponction dans la partie de la tumeur qui soulevait la langue. Le bistouri fut enfoncé assez profondément et ne donna issue à aucun liquide ; mais des

flocons graisseux vinrent faire saillie entre les lèvres de la plaie et démontrer la nature lipômateuse de la tumeur. L'extirpation en fut décidée et pratiquée le 4 juillet. Nous ne parlerons pas de l'opération et de ses suites qui ne sont point de notre sujet.

Bien que ce cas offrît, comme on vient de le voir, un exemple des nombreuses difficultés que l'on rencontre dans le diagnostic des tumeurs en général, il existait cependant quelques particularités qui, indépendamment de la ponction explorative, pouvaient conduire à la vérité. Son volume, dans l'intérieur de la bouche, était moins considérable qu'il ne l'est ordinairement dans les grenouillettes anciennes qui descendent jusqu'à la partie supérieure du cou. Avant de refouler ainsi les muscles qui forment le plancher de la bouche, la tumeur formée par la distension du conduit de Warthon acquiert dans la cavité buccale un développement très-considérable, et d'autant plus facile que la langue offre une résistance bien moins grande que les muscles de la région sus-hyoïdienne.

Un second caractère de cette tumeur, lequel ne se remarque pas dans la grenouillette, c'est une espèce d'étranglement qu'elle présentait à sa partie moyenne et sur le point où, de la bouche, elle passait à la partie supérieure du cou. Lorsque la grenouillette s'étend jusque-là, elle forme une tumeur plus arrondie, qui se continue plus uniformément avec la partie d'elle-même qui soulève la pointe de la langue. Tels sont les caractères qui pouvaient *a priori* faire soupçonner sa véritable nature.

On a vu que le moyen que M. Dupuytren emploie avec tant de succès, dans beaucoup de cas divers, la ponction exploratrie, a dissipé toute espèce de doute.

Observation V.

M. le professeur Cruveilhier, dans son *Anatomie pathologique générale* (tome III, page 312, 1856), dit que les adipômes sous-muqueux

sont très-rares, et, à ce propos, il publie la note suivante, assez peu complète il est vrai, mais qui vient, selon nous, ajouter un fait nouveau à ceux que nous avons déjà cités concernant les lipômes de la région sublinguale :

« Le cas de lipôme sous-muqueux, le plus intéressant que je connaisse, dit M. Cruveilhier, m'a été communiqué par le regrettable professeur Marjolin. Voici le fait :

« Un individu se présenta à lui avec une tumeur sublinguale qui avait toutes les apparences de la grenouillette. Il introduit un bistouri, rien ne sort. Il l'introduit de nouveau pour agrandir l'ouverture, il s'échappe du tissu un liquide adipeux. Il engage le malade à temporiser pour l'opération. Le malade étant allé consulter un autre praticien, celui-ci commit la même erreur de diagnostic, bien que le malade l'eût prévenu de ce qui s'était passé chez M. Marjolin. Une ponction est pratiquée et, au lieu d'un liquide, il s'échappe par l'ouverture une portion de lipôme, lequel fut extirpé immédiatement. »

Si ce fait est un de ceux qui peuvent être comptés, il est malheureusement trop incomplet pour pouvoir être pesé, et il ne pourra pas éclairer le diagnostic des lipômes avec les autres variétés de tumeurs sublinguales. Tout y manque, les symptômes, la marche de la maladie, l'âge du malade, le volume de la tumeur.

CHAPITRE IV

Kystes dermoïdes.

Lorsqu'on étudie l'histoire des kystes dermoïdes du plancher de la bouche, on ne tarde pas à être surpris du silence que gardent à ce sujet la plupart des livres classiques. Cela ne doit pas nous étonner, si

nous tenons compte de la rareté même de cette affection qui, au dire de Benjamin Bell, serait assez rare pour que les loupes de cette région fussent aux grenouillettes dans le rapport de 1 à 20, au point de vue de leur fréquence. Cette considération même nous fait croire qu'elle a dû être observée par les chirurgiens les plus répandus, hypothèse qui se trouve confirmée par les recherches que nous avons entreprises à ce sujet.

Parallèlement, en effet, au nombre d'auteurs qui les passent sous silence, nous en avons trouvé un certain nombre qui renferment des matériaux suffisants, croyons-nous, pour pouvoir en tracer l'histoire. Dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, et, depuis lors, dans tous les auteurs, nous trouvons, au point de vue de la grenouillette, les noms de Fabrice, d'Aquapendente, d'Heister et de Dionis, comme ayant soutenu à tort que la tumeur en question était de la nature des méliceris. A ce point de vue, ils avaient tort évidemment, mais laissant de côté la théorie et l'interprétation erronée, ne peut-on pas, en s'attachant au mot *méliceris*, se demander si ces auteurs avaient vu dans cette région des kystes dermoïdes? C'est une chose bien curieuse, en effet, que de voir les chirurgiens, depuis Pierre de Marchettis, dont l'observation remonte à 1670, jusque dans ces dernières années, où les progrès de l'anatomie pathologique ont pu éclairer de beaucoup l'étude des productions anormales, se servir tour à tour des mots *méliceris*, *athérome* et *stéatome* pour désigner différents états dans la consistance de la matière contenue dans les kystes, et négliger complétement l'étude de la partie la plus essentielle, celle de la paroi kystique. Cette confusion regrettable existe dans un certain nombre d'observations, et la parcimonie des détails dans beaucoup d'entre elles en rend l'étude assez difficile. Aussi, quelle différence entre les premières observations que nous donnons, et la dernière, dans laquelle rien ne manque, s'il nous est permis d'ainsi dire.

Sans remonter à l'origine de la médecine, sans être obligé, d'après notre plan même, de recueillir toutes les observations publiées sur les kystes dermoïdes sublinguaux, nous pouvons dire que cette affection

n'est pas déjà si rare qu'un certain nombre de chirurgiens, même des plus jeunes, ne l'aient rencontrée dans leur pratique. Qu'il me suffise de citer les noms de Marchettis [1], Jourdain [2], Benj. Bell [3]; M. Bertherand [4] cite les noms de Sicherer (*Rapport* annuel sur l'hôpital d'Heilbronn), Syme et Rigaud de Strasbourg; Girard (*Traité de lupiologie*, 1775) aurait attiré l'attention sur la confusion possible entre les grenouillettes et les loupes sublinguales. Nous regrettons vivement de n'avoir pas pu nous procurer l'ouvrage de Girard. Enfin, on trouve dans la *Gaz. hebdomadaire* [5] deux observations que nous donnons plus loin, ainsi que les deux faits que nous avons eu occasion d'observer à l'hôpital Saint-Louis, le premier fort écourté dans le *Compendium de chirurgie*, (tome III, page 731).

Anatomie pathologique. — L'étude anatomo-pathologique de ces kystes n'a été faite complétement que dans ces derniers temps, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut. Les indications que l'on trouve dans les observations, datant de longtemps, peuvent servir, il est vrai, pour donner une idée de la nature du contenu de la tumeur; mais lorsqu'il s'agit de déterminer leur siége anatomique précis, leur plus ou moins grande vascularité, leur mode d'accroissement, leur physiologie pathologique en un mot, on ne trouve aucun renseignement à ce sujet; et dire, comme ces auteurs, que l'on voyait au-dessous de la langue une tumeur volumineuse qui, par l'incision, donnait issue à de la matière mélicérique ou athéromateuse, c'étaient là, ce nous semble, des renseignements fort vagues. Dans ces derniers temps, on les a

---

1. *Recueil d'observations de médecine et de chirurgie*, publiées en latin, en 1670, et traduites en français par le docteur Warmont (thèse inaugurale à la Faculté de Paris, 1858, p. 69).

2. Jourdain, *Traité des maladies de la bouche*, t. II, p. 558.

3. Benjamin Bell, *Traité des maladies chirurgicales*, 1796. Traduction de Bosquillon, t. IV, p. 193.

4. Bertherand, Thèse inaugurale à la Faculté de Strasbourg, 1845.

5. *Gazette hebdomadaire* : 1° 1857, p. 134. Kyste opéré par M. Linhart, observ. de Dahler.
— 2° 1858, p. 502. Observat. de M. Linhart, de Würsbourg.

étudiées au triple point de vue de leurs caractères à l'œil nu, de leur structure intime au moyen du microscope, et des caractères chimiques de la matière contenue dans leur intérieur.

D'un volume variable, suivant l'époque de leur développement à laquelle on les a étudiés, ces kystes constituent des tumeurs plus ou moins consistantes, d'une certaine dureté que l'on a comparée à celle fournie par du suif ramolli que l'on écrase entre les doigts. Généralement, et nous oserions dire toujours, uniques jusqu'à présent d'après les faits que nous connaissons, ils sont toujours situés dans le tissu cellulaire sous-muqueux du plancher de la bouche entre les deux muscles génio-glosses au milieu desquels ils commencent à se développer. Puis, ils écartent ces muscles et, envahissant progressivement toute la région sublinguale, ils repoussent tous les organes qui s'y trouvent, se coiffent de la muqueuse buccale qui les recouvre, rejettent la langue en arrière, les gencives et les dents en avant, et contractent parfois des adhérences, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation de M. Verneuil, où des brides fibreuses assez résistantes retenaient la tumeur au niveau du raphé des muscles génio-hyoïdiens. Malgré leur accroissement considérable, ils ne donnent pas lieu à un développement vasculaire bien remarquable, ainsi que le prouveraient déjà l'absence constante d'hémorrhagie notée dans toutes les opérations. Jamais on n'y a constaté des accidents de compression nerveuse. Les canaux salivaires ont toujours été notés intacts. Ne se développant que tardivement du côté du maxillaire inférieur, on n'y a pas noté non plus de dépression osseuse, ainsi qu'il est aisé de le voir dans les kystes de la région sourcilière.

La tumeur étant enlevée, on peut étudier chez elle deux éléments importants : la paroi kystique, le contenu.

Paroi kystique. — Elle se compose de deux tuniques : la tunique externe est fibreuse, blanche, résistante, d'une épaisseur variable. Dans l'observation de M. Verneuil, la paroi avait près d'un millimètre d'épaisseur ; ici la tumeur était très-volumineuse, très-ancienne, et

avait été le siége d'une inflammation antérieurement à l'extirpation

Chez l'enfant que nous avons observé chez M. Richet, la portio de paroi excisée était bien plus mince.

La tunique interne, bien séparée de la précédente par une couche d tissu lâche, est beaucoup plus mince, dit M. Verneuil dans son analyse microscopique, légèrement lisse, présentant quelques plis aprè l'évacuation du contenu, légèrement rosée et munie d'un résea vasculaire délié. Examinée à sa face interne, on y trouve un revêtement épithélial pavimenteux stratifié, et une quantité considérabl de poils follets avec leurs follicules.

Contenu du kyste. — La matière contenue dans ces kystes es variable par sa consistance, molle, pâteuse, se laissant écraser facilement sous le doigt; on la compare tantôt à du suif fondu, tantôt à d fromage mûri, enfin à la châtaigne cuite; quel que soit le nom donn à cette sensation, elle n'a pas moins un caractère à peu près toujour le même. Dans la seconde observation de M. Linhart, il est dit qu'o a trouvé en outre un liquide onctueux, mélangé à cette matière. S couleur est d'un blanc jaunâtre ou grisâtre. Quant à la quantité renfermée dans ce kyste, rien de plus variable, elle dépend du volum de la tumeur. M. Duplay nous dit qu'on en a retiré 100 grammes, e le kyste n'était pas entièrement vidé.

Examinée au microscope, cette matière serait ainsi qu'il suit, suivant M. Verneuil :

1° Des cellules d'épithélium pavimenteux à divers âges, avec o sans noyau, avec ou sans infiltration graisseuse;

2° Des granulations jaunes libres;

3° Des corpuscules granuleux;

4° D'une quantité très-notable de poils follets, longs de 2 à 4 ou millim., en tout semblables à ceux qui adhèrent à la paroi.

Nous devons dire que ces caractères ont déjà été constatés par le auteurs allemands, caractères qui ne sont pas spéciaux à ces kystes seulement, mais à toutes les productions semblables, qu'elles soient aux

paupières, au cou, ou à la face externe du maxillaire supérieur, ainsi que nous avons pu l'observer dans une variété de tumeur de cette espèce, enlevée par M. le docteur Verneuil, dans sa clientèle privée, et à l'extirpation de laquelle nous avons assisté en qualité d'aide.

Analyse chimique. — Dans l'observation de M. Rigaud, de Strasbourg, on examina la matière contenue dans le kyste : on trouva qu'elle était inodore, et que, de plus, elle était soluble dans l'éther et dans l'eau de savon. Comme on le voit, ces renseignements sont au moins insuffisants. Dans l'observation de M. Duplay, l'analyse chimique de la matière contenue a été faite par M. Lütz, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-Louis. Voici quels sont les résultats de l'analyse faite par ce chimiste sur une portion de matière récemment enlevée du kyste.

100 PARTIES CONTIENNENT :	Eau.	82
	Matières grasses.	8
	Matières albuminoïdes. . .	9
	Sels inorganiques et perte.	1
		100

Symptômes. — Les kystes dermoïdes du plancher buccal donnent lieu à un grand nombre de phénomènes, qui exigent un certain classement dans leur étude. Constituant des tumeurs plus ou moins volumineuses, qui envahissent progressivement toute la région sublinguale, en changeant les rapports normaux d'un certain nombre d'organes contenus dans cette région, gênant plus ou moins profondément leurs fonctions, elles doivent être étudiées, au double point de vue des caractères révélés par les sens et des troubles fonctionnels qu'elles produisent.

Signes sensibles. — Lorsque la tumeur présente un très-petit volume, à peine apparent à ce moment, elle fera une légère saillie sous la muqueuse. Mais à cette époque aussi l'absence de troubles fonc–

tionnels fait qu'elles passent inaperçues pour les malades, qui ne viennent consulter le chirurgien que plus tard. A cette époque, lorsqu'on examine le malade, la bouche étant fermée, tantôt on ne constatera aucune déformation à la région sus-hyoïdienne; tantôt, au contraire, la tumeur, par son accroissement, tend à déprimer les muscles du plancher de la bouche, et on voit à la partie moyenne de la région sus-hyoïdienne, au-dessous du menton, surtout chez les malades un peu maigres, une saillie arrondie, molle, donnant une fausse sensation de fluctuation, sensation qui a été prise plusieurs fois pour de la fluctuation véritable. La peau de la région présente sa couleur normale.

Lorsqu'on fait ouvrir la bouche au malade, alors des phénomènes non moins importants sont constatés. Lorsque la tumeur est d'un petit volume, la muqueuse du plancher buccal est légèrement soulevée, mais si la tumeur est plus volumineuse, ainsi qu'on peut le voir dans les différentes observations que nous avons rapportées, on verra toute l'entrée de la cavité buccale comblée par une saillie, lisse, arrondie, non transparente, blanchâtre parfois, produisant des déformations variables. Tantôt elle repousse légèrement la langue en haut et en arrière, tantôt elle dédouble peu à peu la muqueuse buccale, et tend à diminuer d'autant la partie libre de la langue, à tel point que, dans quelques observations, lorsque le malade ouvre la bouche, on n'aperçoit pas tout d'abord cet organe. Dans une des observations de M. Linhart, nous voyons que le sommet de la tumeur touche presque la voûte palatine ; ailleurs il est dit qu'on voyait sur le sommet de la tumeur un petit tubercule saillant, qui n'était autre que l'extrémité de la langue. On voit alors se dessiner, à la surface de la tumeur, l'orifice des conduits de Warthon; parfois on a noté la présence d'un gros vaisseau veineux sillonnant le kyste d'arrière en avant. Dans ses progrès vers la partie antérieure, le kyste se rapproche du bord du maxillaire inférieur qu'il dépasse parfois de beaucoup en haut; arrêté dans sa marche, par la résistance que lui oppose la mâchoire, il comprime et rejette en avant le rebord alvéolaire, écarte les dents, ainsi qu'on peut le voir dans l'observation de M. Verneuil.

Lorsqu'on palpe la tumenr, voici ce qu'on remarque. Mobile au-dessous de la muqueuse, qui glisse facilement au-devant d'elle, la production morbide présente des adhérences vers sa face profonde, tantôt au niveau des muscles génio-glosses (Linhart), tantôt au niveau des génio-hyoïdiens (Verneuil). S'il est facile de déterminer ses limites antérieures, sa délimintation est plus difficile en arrière, où elle va se perdre profondément vers la base de la langue. Si, pendant que l'on soutient avec les doigts de la main gauche la portion sous-mentonnière de la région sus-hyoïdienne, on applique les doigts de la main droite sur le plancher de la bouche, on peut constater plusieurs caractères importants. Fluctuante parfois, la tumeur molle donnera une fausse sensation de fluctuation; dans quelques cas, on constatera un signe d'une grande valeur, selon nous, et qui se trouve noté dans une des observations de M. Linhart. En pressant assez fortement sur la tumeur, qui est indolente du reste, le doigt s'enfonce dans son épaisseur comme dans une pâte demi-molle, et la tumeur conserve l'empreinte du doigt, empreinte qui persisterait pendant un certain temps, et qui ne disparaîtrait que par les mouvements de la langue.

On conçoit facilement combien les mouvements de la langue seront gênés par la présence d'une semblable tumeur dans le plancher buccal, de là des troubles dans la mastication, l'insalivation et la déglutition. De plus, la présence de la tumeur empêchait, chez le malade de M. Verneuil, le rapprochement complet des mâchoires. Enfin la langue étant repoussée en haut et en arrière par sa base, les malades auront une certaine gêne de la respiration produite par la tendance à l'occlusion de l'ouverture supérieure du larynx par l'épiglotte, portée en arrière et en bas. Tous ces phénomènes ont été notés chez la plupart des malades, et la symptomatologie du malade de l'observation prise par M. Duplay prouve jusqu'à quel point la gêne de certaines fonctions peut arriver. Nous ajouterons, comme conséquence de ces troubles, la perte de la salive, lorsque le malade ouvre la bouche, et l'impossibilité presque complète de prononcer les mots qui réclament, comme l'on sait, l'intégrité des fonctions de la langue. Enfin un

symptôme que nous avons laissé exprès le dernier, c'est l'impossibilité de la succion chez les enfants à la mamelle; l'enfant opéré par M. Richet, maigrissait et dépérissait de jour en jour, il ne pouvait pas teter, et il a failli succomber.

Marche, durée, terminaisons. — L'exposé que nous venons de faire des différents symptômes de cette affection fait aisément comprendre sa marche progressivement croissante; mais elle présente ceci de particulier, que l'on a observé dans quelques cas des périodes d'accroissement très-rapide. Débutant au moment de la naissance et même pendant la vie intra-utérine, s'il faut en croire M. Verneuil, ces tumeurs se développent lentement et sourdement pendant les premières années de la vie sans produire d'accidents sérieux; puis, à partir d'un certain moment, elles grossissent de plus en plus, et cette marche s'accélère quelques mois avant que le malade ne vienne réclamer les conseils du chirurgien. La durée en est donc bien considérable, et, sauf l'observation que nous avons recueillie chez M. Richet, on la voit se prolonger pendant plusieurs années; et phénomène assez curieux, jamais ces tumeurs ne produisent des douleurs. Dans les deux observations où la tumeur a été vidée une ou plusieurs fois, nous voyons le kyste se remplir de nouveau, et dans le cas de Pierre de Marchettis, l'expérience s'est répétée plusieurs fois. Jamais ces tumeurs ne se sont enflammées spontanément; jamais elles n'ont donné lieu à des ouvertures fistuleuses; l'autre mode de terminaison a été la guérison complète par l'extirpation du kyste.

Étiologie. — Les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont, d'après un certain nombre d'auteurs, des productions congénitales. Telle est l'opinion de M. Verneuil, qui rapproche ces kystes des productions analogues développées aux paupières, à la région sourcilière et au-dessous de la muqueuse qui recouvre le maxillaire supérieur, ainsi que nous avons eu occasion de le voir dans un fait que nous a montré M. Verneuil. Pour cet auteur, il y aurait, dans ce cas, déviation dans

le développement, et inclusion et soudure interne du feuillet externe des arcs branchiaux. M. Lebert pense, au contraire, que ces kystes sont des productions accidentelles développées, de toutes pièces dans les différentes régions.

Le fait que nous avons observé chez un enfant à peine âgé de quelques jours semblerait venir à l'appui de l'idée de M. Verneuil. La structure de ces kystes, contenant des poils, des follicules pileux et une membrane ressemblant au derme, justifient le nom de *dermoïdes* sous lequel ils sont connus.

Diagnostic. — Si l'on essaye de caractériser les kystes dermoïdes sublinguaux, on peut dire que ce sont des tumeurs molles demi-solides, de consistance pâteuse, donnant une sensation de fausse fluctuation, conservant l'empreinte du doigt lorsqu'on les comprime, dans un certain nombre de cas, débutant toujours dans l'enfance, présentant une marche extrêmement lente et pouvant acquérir un volume considérable.

Lorsqu'on trouvera à la région sublinguale une tumeur présentant ces caractères, on pourra, nous le croyons, diagnostiquer, à l'exemple de M. Linhart, sans crainte de se tromper, un kyste dermoïde sublingual.

Mais on rencontre très-souvent dans cette région un certain nombre de tumeurs présentant un grand nombre de caractères qui les rapprochent des kystes, caractères qui, dans bien des cas, peuvent donner lieu à une erreur de diagnostic, si l'on ne tient pas compte de certaines particularités qui se rattachent spécialement aux kystes.

Ces tumeurs sont : 1° la grenouillette ; 2° la grenouillette sanguine ; 3° les lipômes.

Nous ne croyons pas qu'il puisse y avoir confusion entre ces tumeurs et des abcès phlegmoneux, les abcès symptomatiques, les cancers de la région et encore moins avec l'anthrax et l'exostose, diagnostic que l'on verra discuté dans une des observations que nous rapportons.

Le diagnostic de cette affection avec les kystes séreux (grenouillette) n'est pas toujours facile. Si, dans les deux cas, nous avons affaire à des tumeurs à surface lisse, ayant une marche lente parfois la même, présentant à un examen superficiel une sensation de fluctuation dans les deux cas; nous croyons cependant qu'en les examinant avec soin, en les comparant au point de vue de leur origine, de leurs symptômes, de leur marche, on trouve des caractères différentiels dont l'ensemble fera plutôt pencher pour l'une de ces affections que pour l'autre.

Lorsque la grenouillette est aiguë, lorsqu'on voit une tumeur se développer en quelques jours, en quelques heures, cette seule considération suffirait à éloigner l'idée d'un kyste dermoïde.

Mais il n'en est pas de même lorsque la grenouillette a une marche lente, lorsqu'elle est chronique, si l'on peut ainsi dire. Cependant, malgré la lenteur du développement dans les deux cas, c'est encore le kyste dermoïde qui l'emportera de beaucoup à ce point de vue. Il serait du moins assez rare, en effet, de trouver des grenouillettes datant de vingt ans et même plus, si l'on admet que, chez quelques malades dont l'observation est relatée plus loin, le kyste est congénital. (Si nous avons discuté d'abord la marche des deux affections avant leurs symptômes, c'est afin de suivre la méthode clinique qui veut que l'on s'occupe d'abord des antécédents avant d'aborder l'étude de la maladie.)

Mais c'est surtout dans l'étude des symptômes présentés par les deux tumeurs que nous allons trouver des différences importantes.

Dans l'immense majorité des cas, les grenouillettes présentent une couleur bleuâtre demi-transparente, la muqueuse qui les recouvre est mince; dans les kystes que nous avons observés, la muqueuse qui recouvrait la tumeur présentait une teinte rouge assez prononcée, et l'on voyait, à cause de la couleur et de l'opacité de la poche kystique, cette couleur mélangée d'un reflet blanchâtre. Ce phénomène, que notre ami M. Duplay a noté dans son observation, nous l'avons vu également chez ce malade. Doit-on conclure de là que nous attachons une importance capitale à ce signe? Ce n'est assurément pas

notre intention; mais nous croyons que c'est là un caractère qu'on ne doit pas négliger, et que sa constatation peut déjà nous mettre sur nos gardes et nous rendre plus attentifs dans l'examen de la tumeur. Un certain nombre de grenouillettes, dont les exemples se trouvent dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, auraient présenté ce signe; mais disons de suite que, dans ce cas, les autres caractères de la tumeur, tels que la consistance, la présence de concrétions pierreuses, etc., étaient des signes suffisants pour établir de suite une différence entre les deux affections.

La grenouillette se développe habituellement surl'un des côtés du frein de la langue, qu'elle résulte de la dilatation du canal de Warthon, ou d'un kyste folliculaire. Les kystes dermoïdes, siégeant sur la ligne médiane au niveau de l'intervalle compris entre les deux muscles génio-glosses du milieu desquels ils sortent pour se faire jour au-dessous de la muqueuse, font également saillie des deux côtés du frein de la langue. La grenouillette, de plus, à cause du siége plus superficiel des follicules glandulaires, par rapport à la muqueuse, tend à se développer plutôt vers cette membrane; les kystes ont à peu près la même tendance vers la région sus-hyoïdienne.

Complétons ce paragraphe en disant que, dans le cas d'un kyste, par le fait même de leur indépendance complète avec les canaux salivaires, les conduits de Warthon sont toujours libres, la salive s'écoule par leur orifice et leur cathétérisme est possible, ce qui pourra ne pas se retrouver dans un certain nombre de grenouillettes.

Enfin, il y a pour nous un signe auquel nous attachons plus d'importance qu'à tous les autres réunis sans crainte d'exagération, signe dont la constatation par le chirurgien pourra lui servir à formuler d'emblée son diagnostic. Voici en quoi il consiste : « Lorsqu'en pressant la tumeur entre deux doigts par le plancher buccal, on éprouve la sensation que donnerait une vessie remplie de suif fondu que l'on écraserait entre ses doigts, de telle façon que la muqueuse conserve l'empreinte digitale pendant un certain temps, empreinte qui disparaît par les mouvements de la langue, on peut diagnostiquer à

l'exemple de M. Linhart, un kyste dermoïde contenant de la matière athéromateuse. »

Jamais une grenouillette n'a donné lieu, que nous sachions, à pareil symptôme, et l'on ne pourrait pas confondre cette sensation avec celle produite par l'œdème. Quelquefois, en effet, on note de l'œdème du plancher de la bouche, dans les cas de grenouillettes à marche rapide et enflammées, mais faudra-t-il faire remarquer l'existence de la douleur dans ce dernier cas, l'insensibilité presque complète dans le premier?

Dans la grenouillette, en effet, on sent une résistance élastique caractéristique, le doigt qui presse la tumeur est repoussé, et si la pression est assez forte pour que la tumeur cède, la poche crèvera, et l'on verra le plancher buccal inondé de liquide. La tumeur, étant vidée, disparaîtra pour quelque temps avant de reprendre sa forme première et ne gardera pas l'empreinte du doigt.

Enfin, si, après s'être livré à cette étude clinique comparative des deux affections, le chirurgien conservait quelques doutes, la prudence exigerait l'emploi d'un moyen que nos plus grands maîtres nous ont appris être un excellent juge en dernier ressort. La ponction exploratrice.

Résumé.—1° Si nous voulions résumer en deux mots cette discussion, en tenant compte des signes les plus importants, et d'une façon tout à fait générale, nous dirions : S'agit-il d'une tumeur à fluctuation évidente, bleuâtre, transparente : c'est une grenouillette.

A-t-on affaire, au contraire, à une tumeur molle, non fluctuante, opaque, conservant par la pression l'empreinte du doigt : c'est un kyste dermoïde.

2° *Avec la grenouillette sanguine.* — Il est évident que nous ne parlons ici que du cas dans lequel les tumeurs érectiles du plancher buccal renferment un kyste séreux assez volumineux. Le petit volume de ces kystes et les caractères même que nous avons décrits, d'après M. Dolbeau, serviraient à écarter d'emblée cette idée.

3° *Avec les lipômes.* — Dans le chapitre consacré aux lipômes, nous avons rapporté une observation dans laquelle l'erreur fut commise. En faisant le diagnostic des lipômes, nous avons déjà établi les caractères différentiels de deux affections, selon nous. Nous nous contenterons d'y renvoyer, afin de ne pas nous exposer à des redites.

Pronostic. — Faut-il faire un chapitre à part pour le pronostic des kystes dermoïdes? nous sommes-nous demandé. Les détails dans lesquels nous sommes entré, à propos de chaque période de la maladie, doit nous dispenser d'insister longuement à ce sujet. On a pu voir, en effet, que, si le pronostic ne présente aucune gravité à cause de la nature même de la maladie, on doit cependant faire quelques réserves; car, on sait : 1° Que les kystes dermoïdes prennent parfois un développement fort considérable; qu'ils gênent la langue dans ses mouvements; de là des troubles de la parole, de l'insalivation, de la déglutition; qu'ils remplissent une grande partie de la cavité buccale, et repoussent les dents de la mâchoire inférieure. Le malade reste la bouche entr'ouverte, la mastication est gênée et, de plus, il perd sa salive. Enfin, la respiration elle-même peut être gênée;

2° Que chez les enfants à la mamelle une semblable tumeur est une affection grave, parce que, en se développant, elle gêne et empêche même la succion; de là, le dépérissement qui peut être suivi de la mort des petits enfants. Disons aussi que, si les opérations chez l'adulte ne sont pas très-dangereuses dans ce cas, un enfant de quelques jours (je parle du malade que j'ai vu) ne supportera pas aussi facilement des opérations même moins graves.

Traitement. — Partant de ce principe que les kystes dermoïdes du plancher de la bouche sont des productions organisées capables de s'accroître pour ainsi dire indéfiniment, semblables par leur constitution anatomique et leurs propriétés physiologiques aux productions kystiques contenant des poils qui se développent dans les paupières, ayant, de plus, une parenté avec les kystes sébacés sous-cutanés; nous

croyons, qu'en suivant cette loi qui veut le même traitement pour des productions du même genre, le seul traitement sérieux consiste dans la destruction de la poche kystique.

Cette indication étant établie en principe, plusieurs moyens peuvent conduire au même but. Nous pouvons les ranger sous trois chefs. Dans le premier cas, on se propose de modifier la vitalité de la poche; de là, les injections caustiques après avoir ponctionné ou incisé plus ou moins largement la tumeur. C'est ce que fit notre maître, M. Denonvilliers; malheureusement une récidive s'ensuivit quelques mois après l'opération. P. de Marchettis employa le séton et des substances irritantes; la poche suppura : guérison.

Dans le deuxième cas, on s'est proposé l'exfoliation de la membrane; de là, la cautérisation du fond du sac après excision d'une portion de la paroi; c'est ce que fit notre maître, M. Richet : la guérison ne se maintint pas.

Dans le troisième cas, un moyen radical est employé, c'est l'extirpation de la membrane et du contenu. La guérison est toujours certaine. C'est ce que firent MM. Rigaud, de Strasbourg; Linhart, de Würsbourg, et Verneuil.

Si, malgré notre incompétence en pareille matière à côté de maîtres éminents, nous nous permettions de hasarder un jugement d'après le petit nombre des faits que nous avons analysés, nous dirions que nous préférons l'extirpation aux autres méthodes; sauf une réserve dont nous nous occuperons plus bas.

La lecture des observations donne d'abord ce résultat brut : autant d'extirpations, autant de guérisons. Tous les autres procédés comptent des récidives, excepté dans le cas du théatin de P. de Marchettis. De plus, s'il est vrai que la douleur produite par l'extirpation est assez considérable, que dirons-nous des injections caustiques, plusieurs fois répétées, ou de la cautérisation successive de la partie? De plus, ce traitement dure pendant deux, trois et quatre mois, au bout desquels le malade peut ne pas être guéri.

L'extirpation, douloureuse il est vrai, est une opération de peu de

durée, vu la facilité d'énucléation de la tumeur. Il n'y a jamais eu d'hémorrhagie, les accidents inflammatoires ne sont pas plus intenses qu'après les caustiques. Enfin, le malade a souffert pendant dix, douze et quinze jours; mais la guérison, sûre, radicale, est au bout.

Nous avons admis plus haut une seule exception à l'extirpation : c'est, disions-nous, quand il s'agit d'un enfant à la mamelle. Dans ce cas, vu les dangers d'une opération sérieuse à cet âge, nous rappelant les conseils de notre maître, M. le professeur Denonvilliers, qui pense que le chirurgien doit être avare d'opérations à cet âge de la vie, nous aimerions mieux imiter M. Richet et tenter l'excision suivie de la cautérisation de la poche avant d'entreprendre une opération plus sérieuse.

L'opération étant décidée, comment doit-on la pratiquer? La lecture des faits de Linhart et la relation que M. Verneuil fait dans le cas de Nisen (observation que l'on trouve plus loin) me dispensent complétement de revenir sur ce sujet. Qu'il me suffise de dire ici qu'on incise la muqueuse dans un premier temps, en évitant les conduits de Warthon et les vaisseaux. Dans un deuxième temps, on procède à l'énucléation du kyste en détachant ses adhérences.

L'opération terminée, on met une boulette de charpie dans la plaie.

Observation VI.—*Tumeur mélicérique ayant pris naissance sous la langue, près des ranines, s'étant étendue peu à peu le long de la partie droite du cou, près des veines jugulaires et des artères carotides, jusqu'à la gorge, portant obstacle à la respiration. Guérie par l'incision.*

(Warmont, thèse de Paris, 1858, p. 69, traduction de Pierre de Marchettis, observation XXXI.)

« La langue peut être le siége de maladies diverses parmi lesquelles les plaies et les tumeurs de diverse nature. J'ai eu à traiter une tumeur singulière, un méliceris, chez un R. P. théatin, G. Capdebœuf, de Modène, à qui il vint une tumeur au-dessous de la langue, en ce point

où sont situées les veines ranines et où survient la maladie nommée grenouillette. Cette tumeur, qui pouvait être considérée comme une grenouillette, quoiqu'elle ne fût pas légitime, s'accrut peu à peu jusqu'à ce qu'elle eût acquis le volume d'un œuf, s'étendant, au fur et à mesure qu'elle grossissait, le long de la partie latérale droite du cou, dans le voisinage des veines jugulaires et des artères carotides, jusqu'à la gorge, entre les amygdales et l'œsophage, et, une fois arrivée là, exerçait par sa masse une compression telle sur la trachée-artère, que si le chirurgien ne l'eût ouverte tous les mois, pour la vider de la matière qui y était contenue, le malade aurait couru les plus grands dangers, à cause de la gêne apportée à la respiration et à la déglutition, fonctions indispensables à la vie. Beaucoup essayèrent de venir à bout de cette tumeur en l'incisant, ce qui soulageait le malade, mais ne le guérissait pas, la tumeur revenant au bout d'un mois au volume qu'elle avai auparavant. Aussi, ce révérend père, craignant d'être suffoqué, vint à Padoue et se mit entre mes mains. Lui ayant prescrit d'abord tout espèce de révulsion, au moyen de la purgation de tout le corps et de émissions sanguines, je m'occupai du mal local. J'incisai assez largement la tumeur dans sa partie inférieure, coupant à dessein un certai nombre de rameaux veineux émanés des ranines, afin que le follicul se flétrît faute de nourriture. J'introduisis ensuite une tente longue e épaisse, imbibée de blanc d'œuf battu, jusqu'au fond de la tumeur. L second jour, je fis une autre incision au cou, là où se terminait l tumeur, sans blesser les gros vaisseaux, et j'introduisis là aussi un tente semblable à l'autre, imbibée de blanc d'œuf, ajoutant par-dessu du coton brûlé avec des poudres de sang-dragon et de bol d'Arméni pour arrêter le sang qui coulait assez abondamment. Le sixième jou comme il n'y avait plus à craindre l'inflammation, je cautérisai en d dans de la bouche et à l'extérieur, au cou, le follicule avec le fer rouge puis, pour déterger et faire tomber les eschares, j'employai à l'ext rieur un digestif de térébenthine et du beurre lavés à l'eau de rose, d jaune d'œuf et d'huile de sureau; à l'intérieur, des bourdonnets d charpie enduits de miel rosat. La plaie sécrétant du pus louable, j

plaçai des tentes enduites d'onguent *ex betonica*, que je raccourcissais de jour en jour. Le malade fut complétement guéri en quarante jours. Sans récidive.»

Voilà bien une observation qui démontre que l'incision simple du kyste, même plusieurs fois répétée, n'est pas suffisante à amener la guérison. Pierre de Marchettis a employé une espèce de séton et la suppuration de la poche.

Observation VII.

Il s'agit dans ce fait d'un jeune homme de 22 ans, Etienne Ray. La maladie débuta en 1755, par le menton; puis elle grossit jusqu'en 1761, époque de l'opération. (Je retranche exprès la relation inutile de topiques inefficaces appliqués sur la tumeur.) Puis M. Puy, disant que c'était une grenouillette, fit une incision sur la tumeur, depuis les deux incisives jusqu'au delà du frein. Il en est sortit environ une demi-livre d'humeur semblable à la substance du cerveau, avec cette différence qu'elle avait un peu moins de consistance.

Cette observation, assez incomplète, est extraite du traité des *Maladies de la bouche*, par Jourdain (t. II, 1778, p. 558), qui l'emprunte au *Dictionnaire raisonné d'Anatomie* (t. I, p. 620). Elle démontre, selon nous, l'existence des kystes athéromateux, si bien décrits dans ces derniers temps.

Voici encore quelques observations empruntées à la thèse de M. Bertherand. (Faculté de Strasbourg, th. inaug. 1845.)

Observation VIII.

Sicherer, dans son rapport annuel sur l'hôpital d'Heilbronn, donne l'observation suivante :

Un jeune homme de 17 ans, bien constitué, porte, depuis 2 ans, une

tumeur du volume d'un œuf de poule, et à droite. Il l'extirpe, et y trouve une once et demie de matière homogène et athéromateuse, plutôt dure qu'élastique.

Ce fait, assez écourté, manque malheureusement de commentaires.

L'observation suivante appartient à M. Syme.

Observation IX.

Une jeune fille de 24 ans présente une tumeur assez volumineuse pour dérober presque entièrement la langue à la vue, elle faisait saillie sous le menton. Cette tumeur existait depuis l'enfance, et ne s'était sensiblement développée que depuis quelques mois. M. Syme diagnostique une grenouillette, prévenant que cela pouvait être une tumeur lipomateuse, ou une poche remplie d'une matière très-ferme. Après l'incision, on voit un kyste épais, de couleur jaune, renfermant une matière grisâtre d'apparence lardacée, du volume d'un œuf de poule d'Inde.

Le fait suivant a été observé par M. Rigaud, de Strasbourg.

Observation X. — *Fille de 34 ans, d'une bonne constitution.*

Sous la langue, et du côté droit, apparaît une tumeur oblongue assez molle, indolore, même à la pression, occupant à peu près la direction du canal de Warthon. Mastication et déglutition difficiles, voix altérée, peau de la région sous-mentale assez fortement refoulée en bas et paraissant saine dans toute son étendue.

Après avoir discuté la possibilité de l'existence d'un abcès phlegmoneux, d'un anthrax, d'une affection squirrheuse, d'une exostose, ou d'une tumeur des glandes sublinguales, M. Rigaud s'arrêta à l'idée d'une grenouillette du conduit excréteur.

En effet, la tumeur s'était accrue lentement, elle présentait une sorte de fluctuation. Sa position enfin militait également en faveur de cette opinion.

Opération. — Le feuillet de la muqueuse buccale qui recouvrait la tumeur, saisi avec des pinces et excisé, la pulpe du doigt sentit alors parfaitement la paroi supérieure de la grenouillette, qu'un bistouri droit incisa immédiatement dans l'étendue de trois centimètres environ. Au grand étonnement des spectateurs, aucune matière ne se présenta sur la plaie, mais l'index engagé ramena quelques parcelles d'une matière presque solide et onctueuse. Enfin, par des pressions alternatives, on en retira jusqu'au volume d'une pomme.

D'un blanc jaunâtre, homogène, de la consistance du suif ramolli, cette substance était inodore. De plus elle était soluble dans l'éther et dans l'eau de savon. M. Rigaud conclut à l'existence d'une tumeur lipomateuse. La malade guérit promptement à la suite d'injections de nitrate d'argent dans l'intérieur du sac vide.

Remarques. — Cette observation de M. Rigaud, antérieure à 1845, est un type de kyste dermoïde, et nous voyons ici le chirurgien la confondre avec la grenouillette. Le nom de lipomateuse, donné à la tumeur, n'indique nullement qu'il s'agisse ici d'un lipôme; c'est un nom générique embrassant toutes les tumeurs contenant de la matière grasse, englobant les vrais lipômes, les kystes mélicériques, les stéatomes et les athéromes; la tumeur actuelle est un athérome, elle en a tous les caractères. Il est à regretter qu'il ne soit pas dit un mot sur la marche de la maladie chez le sujet de l'observation, considération qui peut avoir quelque valeur au sujet du diagnostic. La guérison est-elle complète? On sait que le malade de M. Denonvilliers, que dans le cas du R. P. théatin de Marchettis, l'incision dans cette dernière observation et les injections excitantes dans la première, n'ont pas suffi à la guérison; quelques mois après, M. Verneuil était obligé de faire l'extirpation du kyste.

Nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* de 1857 à la p. 134, l'observation suivante.

Observation XI. — *Kyste athéromateux situé sous la langue* (*Dehler*).

« Nous rapportons, d'après *l'Æsterreichische Zeitung* (1857, n° 3), le fait suivant observé dans le service du professeur Linhart, de Würtzbourg, parce qu'il fournit une indication précise au sujet du siége des tumeurs, de nature si différente, confondues sous le nom de grenouillettes.

« *Observation.* — Une fille de 21 ans s'était aperçue, depuis deux ans, de l'existence, sous la langue, d'une tumeur aplatie, qui, au commencement, n'avait nullement gêné la parole, mais qui, dans les six derniers mois, avait grossi notablement.

« Le plancher buccal était déprimé, et il existait, dans la région sus-hyoïdienne, une saillie tendue et fluctuante. Quand la malade ouvrait la bouche, on voyait, au-dessous de la langue, la muqueuse soulevée par une tumeur qui occupait tout le plancher de la bouche, et dont les bords touchaient les dents de la mâchoire inférieure. A la face supérieure de la tumeur, la pointe de la langue était à peine reconnaissable dans une saillie qui n'avait guère que deux lignes de longueur; naturellement elle ne pouvait être portée en avant. La muqueuse qui recouvrait le kyste était mobile, et présentait sur la ligne médiane une corde tendue, correspondant au frein de la langue. Les conduits excréteurs des glandes sublinguales se voyaient à la partie inférieure et latérale de la tumeur, très-près du plancher buccal. La fluctuation était surtout évidente, quand on appliquait les doigts sur la tumeur, au-dessous du menton. Une salive abondante s'écoulait par la bouche quand la malade essayait de parler. Déglutition difficile, rendant presque impossible l'usage d'aliments solides. Comme la tumeur ne présentait point cet aspect bleuâtre qu'on observe dans les kystes séreux, on diagnostiqua un kyste athéromateux.

« *Opération.* — Une incision courbe, à convexité dirigée vers la mâchoire, divisa la muqueuse qui recouvrait le kyste; le lambeau ainsi taillé fut disséqué et relevé vers la langue. Une autre incision faite sur la ligne médiane, en ménageant les ouvertures des glandes salivaires, sépara en deux moitiés la muqueuse en avant. De chaque côté de la ligne médiane, on voit alors les cordes formées par les muscles génio-glosses. On les divisa transversalement sur la sonde cannelée, dans toute l'étendue de la plaie de la muqueuse. Avec le doigt et le manche du scalpel, on chercha alors à circonscrire la tumeur, mais glissant sur les muscles génio-glosses, le doigt s'engageait dans l'espace triangulaire compris entre les muscles génio-glosses et mylo-hyoïdien. On parvint cependant à isoler le kyste dans toute sa périphérie, mais comme il était très-volumineux, il fut impossible de l'extraire par la bouche. Une ponction donna issue à un peu de sérosité jaunâtre, puis à une substance blanchâtre et athéromateuse. Ainsi réduite à un bon tiers de son volume, la tumeur put être amenée au dehors. Après qu'elle eut été extraite, l'espace qu'elle avait occupé se trouva converti en une fente profonde, au fond de laquelle on pouvait sentir l'os hyoïde. Le doigt reconnaissait également les incisions faites sur le bord supérieur du muscle génio-glosse.

« Il survint au bout de deux jours un gonflement énorme de la région; mais cet accident se dissipa promptement, la suppuration fut peu abondante, et la guérison fut complète dans l'espace de onze jours. »

Il serait à désirer, et l'auteur exprime ce vœu à la fin de sa note, que toutes les observations d'opération de la grenouillette fussent rapportées avec les mêmes détails, les obscurités qui entourent encore le siége de cette affection seraient ainsi promptement éclairées.

Observation XII. — *Kyste dermoïde sous la langue.*

(*Gazette hebdomadaire*, 1858, p. 502.)

« Nous avons rapporté l'an dernier (voy. l'obs.) une observation de M. Linhart qui démontre que certaines tumeurs vulgairement nommées grenouillettes sont constituées par un kyste athéromateux développé dans le tissu cellulaire qui sépare les muscles génio-glosses. Le fait suivant vient confirmer cette opinion.

« Un homme, âgé de 28 ans, entre à l'hôpital Julius le 7 janvier 1858, présentant sur le plancher buccal une tumeur hémisphérique, dont la face convexe touchait la voûte palatine, qui empêchait le rapprochement complet des mâchoires, et gênait la mastication et l'articulation des sons. Cette tumeur était recouverte par la muqueuse du plancher de la bouche, sous laquelle on voyait le trajet oblique, d'arrière en avant et de dehors en dedans, des canaux excréteurs des glandes sublinguales. Une veine assez volumineuse passait sur le milieu de la face convexe.

« La pression du doigt aplatissait cette tumeur, y produisait des dépressions qui ne disparaissaient que par les mouvements de la langue. Le kyste avait une consistance pâteuse et était complétement indolent. Quand on disait au malade de tirer la langue, la pointe de l'organe atteignait la partie culminante de la tumeur où elle touchait à la voûte palatine.

« On diagnostiqua un kyste dermoïde ou à contenu athéromateux; la situation précise sur la ligne médiane, entre deux saillies longitudinales formées par les bords des muscles génio-glosses, permit d'en déterminer exactement le siége.

« Le 10 janvier, on en pratiqua l'extirpation par la bouche : une incision longitudinale faite sur la ligne médiane, n'intéressant ni a veine mentionnée plus haut, ni les conduits excréteurs, permit de détacher et d'énucléer la tumeur dont les adhérences avec les parties voi-

sines étaient extrêmement lâches. Cette séparation fut faite en grande partie avec le doigt et avec le manche du scalpel. Il s'écoula très-peu de sang pendant l'opération ; et, pour prévenir les hémorrhagies secondaires, on mit fréquemment au malade de petits morceaux de glace dans la bouche. Une bandelette de linge fut placée entre les lèvres de l'incision faite à la muqueuse pour empêcher leur accolement.

« La tumeur enlevée dépassait en volume un œuf d'oie, et contenait une matière épaisse et blanche, dans laquelle étaient disséminés de nombreux poils courts et incolores.

« Il ne survint point d'accidents, et le malade put être considéré comme guéri complétement dès le huitième jour après l'opération. » (*Æsterreichische Zeitung*, n° 14.)

Observation XIII.—*Kyste sébacé de la région sublinguale chez un enfant âgé de quelques jours. Observation recueillie pendant notre internat à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. le docteur Richet, en* 1861.

A la fin du mois d'octobre dernier 1860, madame X... vient consulter M. Richet à l'hôpital Saint-Louis pour son enfant âgé de quelques jours; il est né le 2 octobre 1860.

La mère de cet enfant raconte qu'il a toutes les peines à prendre le sein depuis quelques jours; à mesure que l'enfant avance en âge, cette difficulté augmente, et la mère inquiète, voyant son enfant dépérir, désire en connaître la cause.

M. Richet, en examinant la bouche du petit malade, vit la langue soulevée par une tumeur de la grosseur d'une petite noix située sur le plancher buccal qu'elle remplit presqu'en entier. Cette tumeur donne la sensation de fluctuation; elle est lisse et oblongue d'avant en arrière, à surface arrondie. M. Richet pensa à une grenouillette ordinaire. Le siége, la forme de la tumeur et la sensation de fluctuation lui

firent porter ce diagnostic. M. Richet traversa la tumeur avec une aiguille conduisant un fil qu'il laissa en place. Mais lorsque le séton fut passé, il ne s'écoula pas de liquide, et, à sa place, le kyste donna lieu à la sortie d'une matière solide semblable à la matière sébacée.

L'enfant garda son séton jusqu'au mois de janvier 1861, sans grande diminution de la tumeur. A cette époque, M. Richet retira devant nous le premier séton et en appliqua un nouveau avec un fil plus gros, l'enfant était très-amaigri. Vers la fin du mois de janvier, la mère revint avec son enfant et la tumeur avait un peu diminué de volume, elle était encore molle; mais la guérison ne faisant pas de progrès jusqu'au 15 février, époque à laquelle elle ramena l'enfant de nouveau, M. Richet retira le séton, excisa une portion de la paroi du kyste et cautérisa le fond avec le nitrate d'argent. Cette opération ne fut pas suivie d'accidents sérieux, et le 2 mars, nous revoyons de nouveau l'enfant qui a beaucoup repris, et tette facilement. L'examen local fait constater l'absence de la tumeur. Nous croyons tous à une guérison.

Presque tout le mois se passe sans revoir l'enfant. Vers la fin du mois de mars la mère le ramène, et nous constatons une légère saillie arrondie du plancher buccal, la tumeur se reproduit. M. Richet demande à la mère quelques jours encore avant de tenter une nouvelle opération.

Depuis ce moment, celle-ci n'a plus conduit son enfant et nous n'en avons plus entendu parler.

Voilà donc un cas que nous avons observé nous-même; or le séton d'abord, la cautérisation ensuite n'ont pas suffi à la cure radicale du kyste. Cependant, comme il s'agit ici d'un enfant à la mamelle, à peine âgé de quelques jours, qu'une opération aussi sérieuse que l'extirpation du kyste pourrait avoir les plus graves conséquences chez un enfant de cet âge, nous ferons peut-être une exception pour ce cas particulier, et nous tenterions comme notre maître l'excision et la cautérisation qui, comme on le voit, ont permis à l'enfant de tetter et de reprendre des forces, quitte à procéder une autre fois, en cas de réci-

dive, à une opération plus grave. Ce fait nous semble donner aussi une certaine valeur à l'opinion qui veut que ces kystes soient congénitaux, car il est probable qu'il avait commencé à se développer bien avant le moment où la mère s'aperçut de la gêne éprouvée par l'enfant au moment de la succion, alors que son volume était moins considérable. Nous ferons remarquer, de plus, la rapidité de sa marche, contrairement à ce qui arrive pour ces kystes, et l'on comprendra que, dans un cas semblable, le chirurgien songe d'abord et penche ensuite pour un kyste séreux.

Observation XIV.—*Kyste dermoïde sublingual, incision et lavages de la poche, récidive. Opération par extirpation de la tumeur et guérison.*

Le nommé Nisen (Jacob), âgé de 28 ans, journalier, entre, le 28 décembre 1860, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 72, pour une tumeur très-considérable occupant le plancher de la bouche.

Cet homme fait remonter à son enfance le début de sa maladie. A l'âge de 6 à 8 ans, il commença à remarquer une petite tumeur indolente située sur le plancher de la bouche, au-dessous de la langue, et occupant la ligne médiane. Cette tumeur, qui avait d'abord le volume d'une noisette, lorsque le malade s'aperçut de sa présence, grossit peu à peu et depuis deux ans elle a acquis le volume qu'elle présente aujourd'hui. Elle demeure stationnaire et n'a jamais été le siége d'aucune douleur.

Voici les caractères qu'elle offre à l'examen :

Elle occupe la totalité du plancher; elle est du volume d'une petite orange, arrondie, globuleuse, et s'élève de beaucoup au-dessus du niveau de l'arcade dentaire inférieure qui n'a subi aucune déviation. La langue est complétement rejetée en haut et en arrière, cachée par la tumeur; en sorte que, lorsque le malade ouvre largement la bouche, on aperçoit seulement le bord antérieur de la langue tout à fait au sommet de la tumeur et très-rapproché de la voûte palatine. Il est

impossible au malade de projeter la langue plus en avant. Les limites postérieures de la tumeur sont très-difficiles à apprécier, en raison de son volume considérable; on peut cependant reconnaître qu'elle s'étend en arrière jusqu'à l'extrémité postérieure de l'arcade alvéolo-dentaire. Il n'existe aucune saillie extérieure dans la région sus-hyoïdienne.

La muqueuse qui revêt la tumeur est rosée, comme le reste de la muqueuse buccale; elle présente cependant une coloration légèrement blanchâtre; mais cette différence de teinte est peu marquée. La muqueuse est parfaitement mobile sur la tumeur, et glisse facilement au-devant de celle-ci. A sa surface, on aperçoit les orifices des canaux de Warthon qui laissent s'écouler abondamment la salive sous-maxillaire, sous l'influence de l'excitation la plus légère. La tumeur présente dans toute son étendue une résistance très-marquée; elle est manifestement fluctuante. Elle n'est le siége d'aucune douleur.

On comprend aisément combien l'articulation des sons, la mastication, la déglutition et même la respiration doivent être gênées par la présence d'une tumeur aussi considérable, repoussant la langue complétement en arrière, et obstruant en partie l'ouverture de la cavité buccale.

M. Denonvilliers, après l'examen de la tumeur, diagnostiqua une grenouillette constituée par un kyste indépendant des canaux de Warthon. Tous les caractères extérieurs de la tumeur justifiaient pleinement cette opinion. Les commémoratifs seuls, si l'attention s'était portée de ce côté, auraient peut-être pu mettre sur la voie du diagnostic, en montrant que le malade portait cette tumeur depuis son enfance, et peut-être même depuis sa naissance, puisque, lorsqu'il s'en aperçut, elle avait déjà le volume d'nne noisette.

Quoi qu'il en soit, M. Denonvilliers décida qu'on ferait une ponction suivie d'une injection vineuse.

Le 28 décembre, un trocart ordinaire est enfoncé dans la tumeur, mais malgré des pressions assez fortes exercées sur le kyste, il est impossible de faire entrer aucun liquide par la canule. Celle-ci ayant

été retirée, on aperçoit, remplissant la petite plaie de l'instrument, et faisant saillie à l'extérieur, une matière concrète, d'un blanc jaunâtre. On fait aussitôt une incision transversale de deux centimètres, et en comprimant la tumeur, on a extrait une quantité considérable d'une matière demi-molle qui offre la plus grande analogie avec le contenn de certains kystes dermoïdes. Cette matière est d'un blanc jaunâtre, présentant à peu près la consistance de la châtaigne cuite, homogène, se laissant facilement écraser sous les doigts sans former de grumeaux. On a extrait 100 grammes de cette substance, mais la totalité du contenu du kyste n'a pas été évacuée, et l'extrémité du doigt introduite dans la cavité montre les parois de celle-ci couvertes de la même matière. Par cette exploration, on sent une poche énorme, parfaitement régulière, séparée de la peau de la région sus-hyoïdienne par une grande épaisseur de parties molles.

A la suite de cette opération, une mèche de charpie fut introduite dans la cavité kystique.

Obligé de quitter le service, je n'ai pu suivre exactement le malade. et je ne l'ai revu que deux fois depuis le mois de janvier. J'ai appris par les collègues qui m'ont succédé qu'une inflammation très-légère avait suivi l'ouverture de la tumeur, qu'au bout de cinq ou six jours la suppuration s'était établie, et que des injections iodées avaient été faites dans l'intérieur de la poche.

Aujourd'hui, 15 février, la tumeur est considérablement diminuée ; la langue peut être un peu projetée au dehors. La cavité de la poche suppure encore en petite quantité.

Composition chimique de la matière contenue dans la tumeur. L'analyse chimique de cette matière extraite de la poche a été faite par M. Lutz, pharmacien en chef à l'hôpital Saint-Louis.

Voici quels sont les résultats de cette analyse :

100 PARTIES CONTIENNENT :	Eau.	82
	Matières grasses	8
	Matières albuminoïdes. . .	9
	Sels inorganiques et pertes.	1

La matière grasse est constituée principalement par de la margarine.

La plus grande partie de la matière albuminoïde est formée par une substance ayant la plus grande analogie avec la caséine. On trouve également des traces d'albumine.

Parmi les sels inorganiques, on constate surtout la présence du chlorure de sodium et des traces de phosphates alcalins.

Cette partie de l'observation nous a été communiquée par notre excellent collègue et ami S. Duplay, aide d'anatomie à la faculté de médecine de Paris.

Ces renseignements s'arrêtent au mois de février, c'est là aussi que finit l'histoire du malade dans le *Compendium de chirurgie*. A cette époque, en effet, tout portait à croire à la guérison du kyste; mais là comme ailleurs, les kystes dermoïdes ont la fâcheuse propriété de récidiver, lorsqu'on se contente de les vider sans détruire *complétement* la poche. C'est ce qui est arrivé dans le cas actuel, ainsi que va le prouver la seconde partie de l'observation que nous devons à l'obligeance de notre honorable ami et maître, M. le docteur Verneuil, qui opéra le malade l'été de l'année suivante 1861.

Pendant le printemps de l'année 1861, on avait cessé les injections iodées, vu la disparition de la tumeur. La plaie extérieure s'était cicatrisée, mais la tumeur grossissait peu à peu. Nisen commençait à perdre lentement tout ce qu'il avait gagné dans les mois précédents.

Enfin au mois de septembre, alors que M. Verneuil remplaçait M. le professeur Denonvilliers, la tumeur (que ce chirurgien avait vue plusieurs mois auparavant) avait acquis le même volume que la première fois.

Le bord alvéolaire, dit M. Verneuil, est déformé, il est projeté en avant, devenu presque horizontal, les incisives inférieures sont très-écartées.

Opération. — « Je soulève un pli de la muqueuse sur la ligne médiane, et je fais à cet endroit une petite incision de deux centi-

mètres. Puis je procède à l'énucléation de la tumeur, au moyen d'une sonde cannelée qui glisse sans aucune difficulté entre la face profonde de la muqueuse, et la face externe de la tumeur, en contournant celle-ci doucement. J'agrandis alors l'incision primitive, qui présente alors une étendue de trois centimètres. Ceci fait, je subtitue à la sonde cannelée l'extrémité de mon doigt, et je complète sans peine l'énucléation. En refoulant les lèvres de l'incision de la muqueuse, la tumeur sort d'elle-même.

« Elle était isolée dans presque toute son étendue, cependant je constate à sa partie inférieure une adhérence très-solide que je suis obligé de détruire en glissant des ciseaux courbes vers le plancher de la bouche, et en coupant à petits coups. Ces adhérences sont fibreuses et assez résistantes, larges de sept à huit millim. environ, longues de près de trois centim., allant par conséquent depuis le bord postérieur de la symphyse du menton en avant jusqu'au voisinage de l'os hyoïde en arrière.

« Elles occupent très-exactement la ligne médiane, au niveau de l'interstice des génio-hyoïdiens, que je puis reconnaître à nu, au fond de la plaie.

« Sauf un léger écoulement sanguin, produit par la plaie faite à la muqueuse buccale, aucun vaisseau considérable n'a été lésé, et l'opération se fait sans hémorrhagie considérable.

« La tumeur enlevée tout entière n'a pas été ouverte pendant l'opération. Elle présente le volume d'un petit œuf de poule. Les canaux de Warthon n'ont pas été intéressés, ils étaient probablement refoulés vers les parties inférieures.

« La cavité qui résulte de l'énucléation est très-spacieuse. Sa paroi inférieure est constituée par les muscles du plancher de la bouche, la paroi supérieure par la face inférieure de la langue. La face profonde de la muqueuse du plancher buccal constitue sa paroi antérieure. La paroi postérieure est formée par la rencontre de la face inférieure de la langue, avec le plancher buccal.

Caractères de la tumeur.— « Elle est très-régulière, parfaitement pleine et constituée par deux tuniques et un contenu.

« La tunique externe est fibreuse, blanche, résistante, et d'une épaisseur de près de $0^m,001$.

« La tunique interne, bien séparée de la précédente par une couche de tissu cellulaire lâche, est beaucoup plus mince, légèrement lisse, présentant quelques plis après l'évacuation du contenu; légèrement rosée et munie d'un réseau vasculaire délié; après avoir débarrassé cette paroi de la matière qu'elle contient, j'y reconnais très-distinctement :

« 1° Un revêtement épithélial pavimenteux stratifié;

« 2° Une quantité notable de poils follets avec leurs follicules.

« Quant à la matière contenue dont les caractères physico-chimiques ont été donnés plus haut, voici maintenant quels en sont les caractères microscopiques:

« 1° Des cellules d'épithélium pavimenteux à divers âges, avec ou sans noyau, avec ou sans infiltration graisseuse;

« 2° Des granulations jaunes libres;

« 3° Des corpuscules granuleux;

« 4° D'une quantité très-notable de poils follets, longs de 2 à 4 ou 5 millimètres, en tout semblables à ceux qui adhèrent à la paroi.

Suites de l'opération. — « J'applique des boulettes de charpie au fond de la poche. Malgré l'exubérance de la muqueuse, la cicatrisation ne se fait pas trop attendre. Il est resté au plancher de la bouche un bourrelet assez volumineux qui s'est atrophié petit à petit.

« J'ai revu le malade plusieurs mois après, et j'ai pu constater une guérison radicale.

« Les fonctions buccales s'étaient rétablies, sauf la déviation des dents et de la mâchoire, ces organes n'avaient pas repris leur place normale lors de la dernière observation. »

CONCLUSIONS

Notre but serait atteint si, de la lecture de notre thèse, on pouvait en tirer avec nous les conclusions suivantes :

1° On a de tout temps confondu sous le nom générique de grenouillette un certain nombre de tumeurs du plancher buccal, différentes par leur constitution anatomique, par leurs symptômes, par leur marche, et réclamant par conséquent un traitement différent suivant les cas.

2° Ces tumeurs sont de quatre sortes : *a.* des kystes séreux (grenouillette vraie), *b.* des tumeurs érectiles (grenouillette sanguine de M. Dolbeau), *c.* des lipômes, *d.* des kystes dermoïdes.

3° Leurs caractères les plus tranchés peuvent se résumer dans les lignes suivantes.

A. Tumeurs liquides, fluctuantes, en général transparentes, siégeant tantôt d'un seul côté, tantôt à droite et à gauche du frein de la langue, et constituées anatomiquement par un kyste folliculaire ou d'un canal excréteur d'une glande salivaire.—Grenouillettes.

B. Tumeurs congénitales, violacées, ordinairement réductibles, susceptibles d'un changement de volume pendant les cris, les efforts, pouvant se transformer en un kyste séro-sanguin parfaitement isolé — Grenouillette sanguine (Dolbeau).

C. Tumeurs solides, molles, indolentes, non fluctuantes, à marche lente, tendant à se développer plutôt du côté de la région sus-hyoïdienne que sous la langue, non congénitales.—Lipômes.

D. Tumeurs congénitales, indolentes, molles, non fluctuantes, à marche très-lente, donnant par la pression du doigt une empreinte persistante et une sensation de suif ramolli.—Kystes dermoïdes.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Physique.—Du centre de gravité considéré dans un système de orps mobiles les uns par rapport aux autres; applications au corps le l'homme.

Chimie.—Des caractères distinctifs du plomb.

Pharmacie.—Des vins que l'on emploie à la préparation des vins nédicinaux. Comment peut-on reconnaître la pureté de ces vins? Quel vantage peut trouver le praticien à employer des substances médicanenteuses sous la forme de vins?

Histoire naturelle.—De la structure des feuilles. Cette structure estlle en rapport avec leurs fonctions?

Anatomie.—Du trajet des fibres constituant les pyramides antérieues du bulbe rachidien, depuis leur entre-croisement dans ce bulbe, usqu'à leur terminaison dans le cerveau.

Physiologie.—Des mouvements du cerveau et de la moelle épinière.

Pathologie externe.—De l'ostéïte.

Pathologie interne.—Des lésions du cœur consécutives au rhumatisme articulaire.

Pathologie générale.—De l'étiologie des hydropisies.

Anatomie pathologique. — Du canal de l'urètre, et plus particulièrement des rétrécissements de ce canal.

Accouchement.—Du renversement de l'utérus.

Thérapeutique.—Comparer les principaux moyens de sudation usités en hydrothérapie.

Médecine opératoire.—Des caractères communs et différentiels des plaies.

Médecine légale.—Marche à suivre pour déterminer, apprécier l'état mental d'un individu.

Hygiène.—Du choix d'une nourrice.

Vu, bon à imprimer.

GRISOLLE, président.

Permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.